Nevrologicheskii Viestnik
BOSTON MEDICAL
NOV 6 1925
Ru514

НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ

ОРГАНЪ

Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

ПОДЪ РЕДАКЦІЕЙ

проф. В. М. Бехтерева, (С.-Петербургъ), проф. Н. М. Попова, (Одесса), проф. Н. А. Мислав скаго и (Казань)

проф. В. П. Осипова. (Казань).

LIBRARY

Томъ XX, вып. 2.

СОДЕРЖАНІЕ.

Оригинальныя статьи:

Д. И. Азбукинъ. О переписи душевно-больныхъ въ Васильскомъ уѣздѣ, Нижегородской губерніи.

К. С. Агаджанянцъ. Ischaemia spasmodica, какъ причина очаговыхъ симптомовъ органическаго характера.

Э. В. Эриксонъ. Нервныя и душевныя болѣзни у евреевъ.

А. А. Суховъ: Къ клиникѣ Бехтеревской «одеревенѣлости позвоночника».

Е. Е. Добровольскій. Къ вопросу о патогенезѣ атетоза.

Рефераты.

Хроника и смѣсь.

Лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ.

Казань.
Типо-Литографія ИМПЕРАТОРСКАГО Университета.
1913.

Оглавленіе.

ОРИГИНАЛЬНЫЯ СТАТЬИ.

Стр.

Д. И. Азбукинъ. О переписи душевно-больныхъ въ Васильскомъ уѣздѣ, Нижегородской губерніи 193

К. С. Агаджанянцъ. Ischaemia spasmodica, какъ причина очаговыхъ симптомовъ органическаго характера 209

Э. В. Эриксонъ. Нервныя и душевныя болѣзни у евреевъ . . 217

А. А. Суховъ. Къ клиникѣ Бехтеревской «одеревенѣлости позвоночника» 266

Е. Е. Добровольскій. Къ вопросу о патогенезѣ атетоза 282

РЕФЕРАТЫ.

Патологическая анатомія. Проф. Ф. Е. Рыбаковъ. Случай микроцефаліи. 347.—Психіатрія. Проф. Ф. Е. Рыбаковъ. Нѣкоторыя статистическія данныя къ вопросу о симптоматологіи и этіологіи навязчивыхъ состояній. 347.—Проф. Ф. Е. Рыбаковъ. Вліяніе возраста и пола на психическія заболѣванія. 348.—Отчетъ о докторскомъ диспутѣ А. С. Шоломовича на тему: «Наслѣдственность и физическіе признаки вырожденія у душевно-больныхъ и здоровыхъ. 349.—Изъ Физико-медицинскаго Общества въ Москвѣ 353

О переписи душевно-больныхъ въ Васильскомъ уѣздѣ, Нижегородской губерніи.

Д. И. Азбукина.

Ординатора Психіатрической клиники Императорскаго Московскаго Университета.

На половину іюня и іюль 1912 года я былъ командированъ Нижегородской Губернской Земской Управой въ Васильсурскій уѣздъ для производства переписи душевно-больныхъ.

Это вторая по счету перепись душевно-больныхъ въ Нижегородской губерніи. Первая—относящаяся къ 1890-му году и описанная д-ромъ П. П. Кащенко [1]), была произведена статистиками при подворномъ описаніи губерніи.

Перепись же, въ которой мнѣ пришлось принять участіе, была организована согласно современнымъ высокимъ требованіямъ къ подобнаго рода предпріятіямъ, въ значительной мѣрѣ по образцу извѣстной московской переписи 1893 г., тѣсно связанной съ именемъ В. И. Яковенко. Первона-

---

[1]) П. П. Кащенко. Статистическій очеркъ положенія душевно-больныхъ въ Нижегородской губерніи. Н.-Новгородъ, 1895 г., Нижегор. Губ. Земства.

чально были собраны справки о душевно-больныхъ черезъ сельскихъ старостъ, учителей, священниковъ.

Списки душевно-больныхъ, полученные отъ сельскихъ старостъ, подверглись исправленіямъ со стороны участковыхъ земскихъ врачей. Въ уѣздныхъ городахъ списки составлялись городскими управами, врачами, священниками и мѣстной полиціей.

На основаніи сравненія, взаимнаго пополненія всѣхъ этихъ списковъ, для каждаго уѣзда былъ составленъ одинъ наиболѣе полный списокъ.

Конечно, этотъ списокъ не могъ претендовать на исчерпывающую полноту, которую въ нѣсколько большей степени, можно ожидать отъ списка, составленнаго на основаніи регистраціи душевно-больныхъ при всенародной переписи.

Фамиліи и адреса больныхъ изъ этого списка вносились на особые вопросные листы, бланки для исторій болѣзни, заполнить которые предстояло врачамъ психіатрамъ на основаніи личнаго осмотра болѣзни.

Участіе спеціалистовъ въ переписи является главнымъ изъ моментовъ увеличивающихъ ея цѣнность; начало такому участію положено въ Вестфаліи въ 1837 г. [1]); Для каждаго уѣзда былъ приглашенъ особый врачъ. Врачи участники переписи отправлялись изъ Нижняго Новгорода къ мѣсту своей интересной статистической работы, вооруженные картой уѣзда, спискомъ селеній, указаніемъ, сколько больныхъ значится въ каждомъ селеніи, вопросными листами, расположенными въ порядкѣ волостей и селеній и, наконецъ, совѣтами и добрыми пожеланіями главнаго организатора переписи А. І. Писнячевскаго.

На мою долю выпалъ Васильскій уѣздъ, расположенный по обоимъ берегамъ Волги и нижнему теченію Суры и гра-

---

[1]) Ruer. Irrenstatistik der Provinz Westphalen.

ничащій съ Курмышскимъ у., Симбирской губ. и Ядринскимъ у., Казанской губ.

Среди жителей уѣзда много черемисъ и татаръ, большой % русскихъ принадлежитъ къ старообрядцамъ разныхъ толковъ.

Нигдѣ въ уѣздѣ, со всѣми сторонами жизни котораго мнѣ пришлось такъ хорошо познакомиться, я не встрѣтилъ поражающей бѣдности. Недурная почва, хорошіе луга, обиліе яблонныхъ садовъ, наличность торговыхъ и промышленныхъ большихъ селъ, кожевенный промыселъ, близость Нижегородской ярмарки и кормилицы—Волги—все это тѣмъ или инымъ путемъ создаетъ достатокъ.

Въ виду того, что земская жизнь въ уѣздѣ осилилась только въ самое послѣднее время, грамотность населенія оказалась стоящей на очень низкой ступени.

Населеніе Васильскаго уѣзда не представляло себѣ, понятно цѣли и значенія переписи душевно-больныхъ, однако чувствовало, что это дѣлается съ доброй и хорошей цѣлью, и относилось къ переписи повсюду вполнѣ доброжелательно.

Нигдѣ со стороны жителей уѣзда я не встрѣчалъ не только обиды, но и холоднаго отношенія. Участковые врачи и фельдшера, представители волостныхъ и сельскихъ правленій всегда любезно и охотно содѣйствовали дѣлу переписи.

Обслѣдованіе уѣзда было мною начато съ заволжской Юринской волости и постепенно распространялось вглубь уѣзда.

Городъ Василь и шесть главныхъ селъ служили опорными пунктами, въ которыхъ я по очереди жилъ,—центрами, изъ которыхъ по радіусамъ дѣлалъ разъѣзды.

Жить въ этихъ пунктахъ приходилось или у земскаго врача, или на сельской квартирѣ для чиновниковъ („въѣзжей"), или при волостномъ правленіи.

Пріѣзжая въ селеніе, я обращался къ сельскому старостѣ (тамъ, гдѣ имѣлось волостное правленіе,—къ волостному стар-

шинѣ и писарю), который и помогалъ мнѣ находить больныхъ или же собиралъ ихъ вмѣстѣ съ родными. Отправляясь на земскихъ лошадяхъ по извѣстному радіусу, первую свою остановку я дѣлалъ въ конечномъ пунктѣ этого радіуса. Въ селеніяхъ же, лежащихъ по дорогѣ къ этому пункту, я оставлялъ списки больныхъ, просилъ собрать ихъ вмѣстѣ съ родными къ опредѣленному часу и на обратномъ пути производилъ обслѣдованіе. Разъѣзды начинались съ утра, до начала сѣнокоса ежедневно, а потомъ въ праздничные дни. Въ будничные дни сѣнокоса и жатвы разъѣзды могли быть цѣлесообразными только во вторую половину дня, къ моменту возвращенія крестьянъ съ поля: тамъ, гдѣ не на кого оставить душевно-больныхъ, ихъ забираютъ въ поле.

Ограниченіе работы $1^1/_2$ мѣсяцами постоянно заставляло спѣшить, напрягать силы, переутомляться; часто приходилось ограничиваться осмотромъ больныхъ, собравшихся въ одно мѣсто, опросомъ пришедшихъ съ ними родственниковъ, и не ходить по избамъ для нагляднаго и детальнаго ознакомленія и обстановкой жизни больныхъ, особенно тамъ гдѣ не предполагалось найти ничего цѣннаго и характернаго для матеріаловъ переписи.

Работа съ 9 часовъ утра и до 9 веч., особенно вначалѣ, когда позволяли сельско-хозяйственныя условія, была очень частымъ явленіемъ. Недостатокъ времени, обусловившій описанныя выше явленія, несомнѣнно оставилъ нѣкоторый отрицательный слѣдъ на работѣ.

Относительно количества лицъ, обслѣдовавшихся ежедневно, я вынужденъ подтвердить то же, что отмѣчено д-ромъ Д. Аменицкимъ [1]) по поводу 2-й московской переписи: „въ теченіе дня при интензивной работѣ удавалось запи-

---

[1]) Д. Аменицкій. Нѣсколько личныхъ впечатлѣній изъ работы по переписи душевно-больныхъ. Современная Психіатрія, декабрь, 1911 г.

сать около 10 челов. и лишь при благопріятномъ стеченіи обстоятельствъ нѣсколько болѣе".

Всѣ заполненные бланки были доставлены въ Губернскую Земскую Управу одновременно, по окончаніи переписи.

Было-бы, мнѣ кажется, цѣлесообразнѣе, если бы оказался сохраненнымъ слѣдующій пріемъ Московской переписи 1893 г.: тамъ бланки доставлялись въ Психіатрическое Бюро по мѣрѣ заполненія, тщательно просматривались, и недостатки ихъ своевременно по возможности устранялись.

Позволю себѣ познакомить читателей съ отрывками изъ отчета о переписи, представленнаго мной въ Нижегородскую Губернскую Земскую Управу.

Всего подлежало изслѣдованію 473 человѣка, изъ которыхъ 454 попали въ предварительный списокъ, а 19 были зарегистрированы мною во время переписи.

Изъ 473-хъ человѣкъ не были обслѣдованы діагностически 15 человѣкъ, т. е. 3,1% (7 выѣхали въ другія мѣста, 5-ти не оказалось дома, 3-ое находились слишкомъ далеко отъ дорогъ). Какъ видно, изъ 3,1% по винѣ переписчика не было обслѣдовано діагностически 0,6%.

Что касается всѣхъ больныхъ, изслѣдованныхъ діагностически, то изъ нихъ 48 человѣкъ, т. е., 10%, не могли быть обслѣдованы подробно въ смыслѣ анамнеза и status praesens.

Если принимать число жителей уѣзда на основаніи данныхъ волостныхъ правленій, доставленныхъ въ Уѣздную Земскую Управу въ 1911 г., равнымъ 135—790 [1]), то количе-

---

[1]) Для города Василя я располагалъ только средней цифрой за семилѣтній періодъ съ 1901 по 1907 г. (св. Мед.-С.-Бюро Нижегор. Губ. № 2, за 1912 г. А. Боженовъ. Основныя данныя по движенію населенія въ Нижегор. губ.).

ство душевно-больныхъ въ уѣздѣ выразится въ такихъ цифрахъ.

1 душевно-больной Васильскаго у., включая кликушъ и эпилептиковъ, приходится на 448 человѣкъ населенія или 2,23 на 1000.

Если же не считать эпилептиковъ, то 1:588 челов. или 1,8:1000.

Если же не считать эпилептиковъ и кликушъ, то 1:612:

1 соматическій эпилептикъ приходится на 2664 человѣка. Совершенно такое же количество душевно-больныхъ (1:448) было въ Пруссіи въ 1872 г. [1]) и приблизительно такое же (2,17:1000) въ Австріи [2]) къ началу 90-хъ годовъ.

При переписи душевно-больныхъ Нижегородской губ. въ 1890 г. одинъ больной приходился на 558 челов., 1,75:1000.

Слѣдовательно, за 21 годъ число лицъ, на которое приходится 1 душевно-больной, уменьшилось болѣе чѣмъ на сто человѣкъ, если полагать, что среднее отношеніе для губерніи (1:558) было очень близко къ дѣйствительному отношенію для Васильскаго у. 1890-го года.

Въ Московской губерніи число лицъ, на которое приходится 1 душевно-больной, за болѣе короткій промежутокъ времени, за 17 л., уменьшилось гораздо болѣе, а именно, на 160 человѣкъ.

По переписи 1893 г. [3]) въ Московской губ. 1 душевно-больной приходился на 470 челов., 2,13: 1000; по переписи же 1911 г. [4])—1:310 челов.; 3,21:1000.

Принявъ во вниманіе, что по послѣдней переписи въ Московской губ. количество душевно-больныхъ выражается отношеніемъ—3,21:1000, въ самой Москвѣ по приблизитель-

---

[1]) Oettingen. Die Moralstatistik. 1882.

[2]) Mayr. «Statistik und Gesellschaftslehre».

[3]) В. Яковенко. Душевно-больные Московской губ. 1900 г.

[4]) Современн. Психіатр., 1912 г., февраль; хроника.

ному подсчету, основанному на однодневной переписи (6/III 1912) [1]),—2,85:1000; въ Финляндіи [2]) въ среднемъ—4,1:1000; необходимо признать Васильскій уѣздъ по количеству душевно-больныхъ довольно благополучнымъ.

Ближе всего въ этомъ отношеніи онъ подходитъ къ уѣздамъ Московской губ.: Московскому (2,22:1000,0) и Богородицкому (2,19:1000,0), т. е. такимъ, которые отличаются зажиточностью населенія, достаткомъ заработка, достаточнымъ количествомъ лѣчебныхъ заведеній.

Въ другихъ же уѣздахъ Московской губ. мы имѣемъ отношеніе 4,67:1000,0 (Можайскій у.), 4,51:1000,0 (Подольскій у.).

Въ приводимыхъ ниже % данныхъ я всюду исключалъ кликушъ и эпилептиковъ-соматиковъ.

Количество больныхъ дѣвочекъ (до 15-ти лѣтняго возраста включительно) въ Васильскомъ у. на 17,3% превышаетъ количество больныхъ мальчиковъ. Въ Московской же губ. по даннымъ 1893 г. на 20,2% (число мужчинъ до 16 л.—176; женщинъ 114).

Количество больныхъ холостыхъ мужчинъ и незамужнихъ женщинъ на 8,1% превышаетъ количество больныхъ женатыхъ и замужнихъ. Самое превышеніе встрѣчается почти какъ правило; отчасти потому, что безбрачіе часто является слѣдствіемъ психоза, слѣдствіемъ опозданія вступить въ бракъ.

---

[1]) Современ. Псих., за 1912 г., іюль, хроника

[2]) С. А. Маркъ. Краткій очеркъ постановки врачебнаго дѣла въ Финляндіи.—Медиц. Обозр. 1912 г. № 13.

Но для Васильскаго у. приведенная разница является слишкомъ небольшой, сравнительно съ разницей, которую получили Яковенко (на 20%) и Кащенко (38,2%).

Это потому, что послѣдніе при своихъ вычисленіяхъ не исключали эпилептиковъ. Но если оперировать [1]) только съ больничнымъ матеріаломъ, то окажется, что поступившихъ брачныхъ (54%) значительно больше холостыхъ (38%) и вдовыхъ (8%). Такъ больничная, а тѣмъ болѣе клиническая статистика, далеко не отражаетъ дѣйствительности. Больныхъ мужчинъ оказалось на 20,7% болѣе больныхъ женщинъ.

Въ Московской губ. при переписи 1893 г. больные мужчины превышали число больныхъ женщинъ на 16,4%, при послѣдней переписи 1911 г. на 17,8. Такимъ образомъ, разница увеличилась на 1,4%. Можно полагать, что почти настолько же (1,3%) увеличилась разница и для Васильскаго у. съ 1890, ежели распространить на него %, отмѣченный Кащенко (19,4%).

Въ Финляндіи не столь рѣзка разница между количествомъ больныхъ мужчинъ и женщинъ; первые тамъ превосходятъ вторыхъ по послѣднимъ даннымъ лишь на 3,8%.

Изъ больныхъ, женатыхъ мужчинъ и замужнихъ женщинъ имѣли дѣтей 35,7%, рождено ими 113 дѣтей; въ среднемъ 3 ребенка на семью.

Въ Московской губ. въ 1893 г. имѣли дѣтей во время болѣзни 425 человѣкъ, рождено ими 1305 дѣтей, въ среднемъ тоже 3 ребенка на семью.

Вотъ путь, которымъ широкой волной идетъ дегенерація. Но конечно, „дегенераціи способствуютъ дѣторожденіемъ не только тѣ, кто больны, но и тѣ, кто выздоровѣли, кто таятъ въ себѣ предрасположеніе“ [2]).

---

[1]) Изъ отчета о состояніи народнаго здравія за 1910 г.

[2]) В. Яковенко. «Душевно-больные» Моск. губ. 1900 г.

Больныхъ, участвующихъ въ работѣ (за таковую я принималъ и небольшую помощь въ домашнемъ хозяйствѣ), въ Васильскомъ у. нашлось 45% въ Моск. губ. въ 1893 г.—34% Безпріютныхъ—въ Васильскомъ у— 2,6 въ Моск. губ. въ 1893—5,3.

На попеченіи родственниковъ	80,1%	79,0%
Опасныхъ для самихъ себя,	5,3%	
„ „ окружающихъ	5,7%	
Терпящихъ дурное отношеніе со стороны окружающихъ (насмѣшки, брань, иногда побои).	11,4%	
Привязывавшихся на цѣпь	2,6%	2,4%
Связывавшихся веревками	3,4%	12,2%
Обнаружившихъ бродяжническія наклонности.	13,4%	
Занятыхъ нищенствомъ	11,8%	12,7%
Неопрятныхъ	8,0%	6,6%.

Въ Моск. губ. въ 1911 г. безпріютныхъ и занятыхъ большею частью нищенствомъ обнаружено 3,4%; опасныхъ для себя и окружающихъ 5,9%.

Въ отчетѣ о состояніи народнаго здравія до 1910 г. число неопрятныхъ равнялось 13%, возбужденныхъ опасныхъ —14%.

Такимъ образомъ въ Васильскомъ у., какъ уѣздѣ экономически состоятельнымъ % безпріютныхъ сравнительно невеликъ.

Вся тяжесть призрѣнія, какъ и въ Моск. губ. лежитъ на родственникахъ.

Что касается опасныхъ для себя и окружающихъ, то среди населенія Московской губ., въ которой психіатрическая помощь поставлена гораздо шире, въ настоящее время ихъ оказывается почти вдвое менѣе, чѣмъ въ Васильскомъ у. %

данныя о неопрятныхъ и опасныхъ отчета о состояніи народнаго здравія велики потому, что касаются исключительно лицъ, обращавшихся за помощью въ психіатрическія учрежденія, и въ число таковыхъ, конечно, прежде всего попадаютъ тѣ, кто наиболѣе тяготитъ окружающихъ.

Душевно-больныхъ состоявшихъ подъ судомъ или отягощенныхъ опекой, въ Васильскомъ у. почти не оказалось.

Наибольшій % заболѣваній падаетъ на идіотію, наименьшій—на психическія навязчивыя состоянія. Всѣ остальныя формы заболѣваній располагаются между двумя упомянутыми слѣдующимъ образомъ:

Идіотовъ 19,6%	вмѣстѣ идіотовъ и имбецилловъ.	38,9%.
Имбецилловъ 19,3%		
Соматическихъ эпилептиковъ		17,0%.
Истерическихъ психозовъ, включая клику-шество		11,6%.
Гебефрениковъ		7,9%.
Случаевъ маніи, меланхоліи, періодич. и циркул. психозовъ		7,1%.
Эпилептическихъ психозовъ		4,8%.
Алкогольныхъ психозовъ		2,8%.
Случаевъ слабоумія старческаго		2,2%.
„ „ органическаго		1,4%.
„ прогрессивнаго паралича		1,1%.
„ аменціи		1,1%.
„ хронич. паранои		0,8%.
Психическихъ навязчивыхъ состояній		0,2%.

Какъ рѣзко бросается въ глаза ничтожный % прогрессивнаго паралича, равнымъ образомъ, алкогольныхъ психозовъ въ Финляндіи въ отчетѣ спеціальнаго правительственнаго

Комитета по сбору свѣдѣній душевно-больныхъ, такъ обращаетъ на себя вниманіе въ Васильск. у. малый % прогрессивнаго паралича, указывающій отчасти на то, что сифилизація населенія несмотря на сравнительную близость такого разсадника, какъ Нижегородская ярмарка, находится въ ограниченныхъ предѣлахъ.

Количество идіотовъ и имбециловъ вмѣстѣ (38,9%) превосходитъ количество отсталыхъ въ Московской губ., обнаруженныхъ переписью 1911 г. (35%) и тѣмъ болѣе переписью 1893 г. (30,9%).

Соматическая эпилепсія вмѣстѣ съ эпилептическими психозами составляетъ $^1/_5$ всѣхъ заболѣваній (21.8%) и занимаетъ среднее мѣсто между количествомъ эпилептиковъ въ Московской губ. въ 1893 г. (23,8) и въ 1911 г. (19%),

Такимъ образомъ въ Васильскомъ у. психически недоразвитые и страдающіе эпилепсіей составляютъ 60,7% всѣхъ больныхъ, тогда какъ Моск. губ. въ послѣднее время да и ранѣе лишь 54%; въ Финляндіи же психически отсталые составляютъ $^3/_4$ больныхъ [1]).

Среди остальныхъ 39,3% на первомъ мѣстѣ стоятъ истерическіе психозы, благодаря кликушамъ, на 2-мъ гебефренія, на 3-мъ періодическіе и циркул. психозы, на 4-мъ алкогольн. психозы.

Теперь перейду къ кликушамъ. Средній ихъ возрастъ въ Васильскомъ у. оказался равенъ 46 годамъ. Что молодыя кликуши рѣдки,—это указываетъ на вымираніе кликушества даже въ такомъ глухомъ уѣздѣ, какъ Васильскій.

---

[1]) Маркъ. Краткій очеркъ постановки врачебнаго дѣла въ Финляндіи. Мед. Обозр. 1912 г., № 13.

Больше всего кликушъ оказалось въ Троицкомъ и Юринскомъ медицинскихъ участкахъ, особенно въ послѣднемъ.

Центромъ кликушества въ Троицкомъ участкѣ является село Малиновка, но такъ какъ самой младшей изъ кликушъ Малиновки 52 г., и она не пожелала подвергнуться изслѣдованію, а отъ остальныхъ старухъ толку добиться было нельзя, то установить, почему въ Малиновкѣ было развито кликушество, не удалось.

Не удалось также выяснить, почему кликушество сконцентрировалось и въ Юринскомъ участкѣ, хотя въ немъ встрѣчались и молодыя кликуши. Прежде чѣмъ представить генезъ кликушества въ изслѣдованной мѣстности, приведу нѣсколько разсказовъ самихъ кликушъ о началѣ ихъ заболѣванія.

В. Н. И., 20 л. замужняя, изъ Горнаго Шумца, заболѣла вскорѣ послѣ того, какъ „пошла съ сыномъ двоюродной сестры по льду, и онъ на глазахъ упалъ въ прорубь, и я его вытащила".

М. М. А., 35 л., замужняя, тоже изъ Горнаго Шумца, заболѣла послѣ того, какъ, по ея словамъ, „на мужа напали семь пьяныхъ человѣкъ, и я защищала его, и потомъ послѣ каждой боязни начали бывать біенія въ сердцѣ, дрожь и ознобъ тоска и слезы".

М. А. Н., 50 л., изъ Подлѣсной, замужняя, больна 25 лѣтъ, разсказала слѣдующее: „болѣзнь началась, когда изъ дому уѣхалъ мужъ, заступавшійся передъ мачехой, съ которой вздорила; подруга предупреждала—погляди, тебя испортятъ; появилась нутряная боль, ровно въ сердце ножъ воткнется; сдѣлаешься, какъ вареная, начнешь кричать, хоть и въ полномъ сознаніи бываешь".

П. Е. Г., 39 л., замужняя, изъ деревни Подлѣсной, заболѣла послѣ такихъ обстоятельствъ. „Пришли разъ съ работы, пообѣдали; свекровьинъ любовникъ началъ моихъ ребятишекъ бить. Я стала мужу жаловаться, мужъ сталъ этого любовника отгонять. Свекровь сердилась. Ея любовникъ сходилъ въ Починокъ (за порчей?). Потомъ изъ меня кровь вдругъ

сгустками хлынула (выкидышъ?), пришла къ мужу, онъ и не узналъ. Съ этихъ поръ, какъ иконы понесли, такъ и кричать стала; въ это время стрѣлитъ стрѣла, насквозь прошибаетъ, въ крыльца отдаетъ, и я умираю".

Какъ видно изъ этихъ короткихъ разсказовъ, кликушество развивается вскорѣ послѣ того, какъ на почвѣ огорченій и непріятностей, развивается у лицъ, несомнѣнно, невропатическихъ и эмотивныхъ, разстройство дыхательной и сердечной дѣятельности. Это разстройство кажется страннымъ и подозрительнымъ въ смыслѣ порчи. Но часто, какъ это хорошо видно изъ послѣдняго случая, окончательно наступаетъ истерическая диссоціація, и больная становится кликушей лишь тогда, когда какой-нибудь особенный фактъ жизни, напр., неожиданный и непонятный выкидышъ, подтверждаетъ рѣшительно эти подозрѣнія.

Тогда уже невѣжественная идея переходитъ въ бредовую, прочно ассоціируется съ разстройствомъ дыхательной и сердечной эмотивности, и одно начинаетъ вызывать другое.

Изъ видовъ наслѣдственнаго отягощенія чаще всего у душевно-больныхъ Васильскаго у. встрѣчалось туберкулезное (29,6%), затѣмъ алкогольное (29,0%), невропатическое (22,2%), психопатическое (17,9%) и, наконецъ, люэтическое (1,2%).

%% здѣсь вычислены не по отношенію ко всему числу душевно-больныхъ, а только по отношенію къ числу больныхъ, у которыхъ отмѣчено наслѣдственное отягощеніе.

Здѣсь необходимо отмѣтить, что не всегда во время изслѣдованія удавалось освободиться отъ присутствія постороннихъ лицъ. Отчасти это, отчасти непониманіе наслѣдственнаго вліянія и цѣнности свѣдѣній о немъ, главнымъ же образомъ, предразсудокъ, который приходилось часто конста-

тировать, что сообщеніемъ свѣдѣній можно обидѣть память умершихъ родственниковъ или оскорбить живущихъ,—затрудняли выясненіе вопроса о наслѣдственности. Это и въ значительной мѣрѣ незнакомство съ формами люэтическаго заболѣванія сдѣлали цифру люэтическаго наслѣдственнаго отягощенія, несомнѣнно, значительно менѣе дѣйствительной.

Изъ личныхъ дегенеративныхъ признаковъ и неправильностей развитія чаще всего встрѣчались: 1) неправильная форма ушей (21,8%), 2) высокое и узкое небо (21,4%), 3) позднее начало хожденія (19,1%), 4) неправильное развитіе зубовъ (17,8%), 5) позднѣе развитіе рѣчи (15,1%), 6) нѣмота и глухонѣмота (2,6%), 7) рѣзкая асимметрія въ лицѣ (1,7%). Здѣсь также % вычислены не по отношенію ко всему числу больныхъ.

Въ Московской губ. въ 1893 г. всѣ помѣченныя выше неправильности развитія были найдены въ нѣсколько иномъ порядкѣ: 1) неправильная форма ушей (57,1%), 2) позднѣе начало хожденія (40%), 3) неправильное развитіе зубовъ (35,7%), 4) позднее развитіе рѣчи (26,6%), уклоненія въ строеніи лица (23,8%), 6) неправильности въ строеніи твердаго и мягкаго неба (8,3%), 7) нѣмота и глухонѣмота (4,9%).

Такимъ образомъ, неправильная форма ушей всюду занимаетъ первое мѣсто, но уклоненіе въ строеніи твердаго и мягкаго неба у душевно-больныхъ Васильскаго уѣзда встрѣтилось гораздо больше.

Изъ инфекціонныхъ болѣзней въ анамнезѣ больныхъ чаще всего отмѣчалась оспа (у 19,5% всѣхъ душевно-больныхъ Васильскаго у.) и корь (у 18,5). Остальныя заболѣванія встрѣчались гораздо рѣже: тифъ (у 2,2%), сифилисъ (у 1,5%), туберкулезъ (у 1,1%).

Что касается другихъ чертъ анамнеза, то по частотѣ встрѣчи ихъ можно расположить такъ: а) ушибы и раненія (найдены у 10,3% всѣхъ больныхъ), б) нравственныя потрясенія (у 5,7%), в) злоупотребленіе спиртными напитками (у 5,3%), г) извращенныя половыя отправленія (у 1,1%), д) попытки къ самоубійству (у 0,7%).

Въ Московской губ. въ 1893 г. самыми частыми болѣзнями, найденными у душевно-больныхъ, являются также оспа (у 26,0%) и корь (у 21,6%).

Изъ другихъ чертъ анамнеза также доминируютъ поврежденія головы и различныя травмы (у 20,5%) и нравственныя потрясенія (у 33,0%).

Изъ всѣхъ душевно-больныхъ Васильскаго у. обращалось за помощью въ губернскія психіатрическія учрежденія 16,4%. Нуждается же въ психіатрическихъ учрежденіяхъ 71,6% всѣхъ больныхъ. Оставалось безъ лѣченія 55%.

Изъ числа нуждающихся въ психіатрическихъ учрежденіяхъ 80% требуютъ постоянной помощи, 20% періодической. 34,7% нуждается въ психіатрической лѣчебницѣ, 13,3 въ колоніи, 6,9% въ патронатѣ, 36,8%—въ пріютѣ для идіотовъ, гдѣ подъ руководствомъ спеціалистовъ давалось бы соотвѣтствующее воспитаніе и образованіе; 6,4%—въ пріютѣ для эпилептиковъ, гдѣ былъ бы спеціальный уходъ. Въ эти 6,4% вошли только тѣ эпилептики, которые сильно тяготятъ родныхъ и не находятъ надлежащаго ухода и присмотра.

Не отправлялись душевно-больные въ психіатрическія учрежденія во 1-хъ, по недостатку средствъ (несомнѣнно, извѣстный и значительный % помощи долженъ быть безплатнымъ), во-2-хъ, изъ за боязни, что не возьмутъ (необходимо расширеніе помощи, сведеніе отказовъ къ minimum'у), въ-3-хъ, по дальности разстоянія (помощь должна быть децентрализо-

вана), 4-хъ, по жалости и изъ боязни хуже испортить больного, что является въ значительной мѣрѣ слѣдствіемъ малограмотности.

Въ Московской губ. въ 1911 г. получали помощь 34,8% больныхъ, нуждались же въ ней лишь 20,3% (7,5% въ помѣщеніи въ лѣчебницу, 8,6 въ денежномъ пособіи и 4,2 въ патронатѣ).

Если взять все число душевно-больныхъ въ Васильскомъ у., т.-е., 261, то % выздоровленій будетъ равняться 5,7, а % улучшеній болѣзни—10,3%. % улучшеній и выздоровленій вмѣстѣ равняется 16,0%. Слѣдовательно, въ одномъ и томъ же состояніи болѣзни, точнѣе, безъ большихъ перемѣнъ, найдено 84,0% больныхъ. Если же изъ 261 вычесть 136 (число случаевъ психическаго недоразвитія) и оперировать съ цифрой 125, то результаты будутъ менѣе пессимистичными. Тогда % выздоровленій и улучшеній будетъ равняться 12,0, улучшеній 21,6, выздоровленій и улучшеній вмѣстѣ 33,6%, % состоянія безъ большихъ перемѣнъ 66,4%.

Ischaemia spasmodica,

какъ причина очаговыхъ симптомовъ органическаго характера.

Прив.-доц. **К. С. Агаджанянца.**

(С.-Петербургъ).

Въ невропатологіи извѣстно не мало формъ, обязанныхъ своимъ происхожденіемъ неправильному функціонированію вазомоторовъ, на дѣятельность которыхъ вліяютъ самыя разнообразныя условія органическаго, рефлекторнаго и психогеннаго характера. Измѣненія въ объемѣ, окраскѣ и температурѣ пораженныхъ частей при Erythromelalgi'и находятся въ зависимости отъ мѣстной активной гипереміи пораженныхъ частей; болѣзнь *Raynaud* съ ея гангренозными измѣненіями пораженнаго участка имѣетъ въ своей основѣ спазмъ сосудовъ; спазмомъ же сосудовъ объяснялись акропарэстезіи и la claudication intermittente; дермографизмъ кожи, urticaria, oedema circumscriptum *Quincke*—всѣ эти явленія равнымъ образомъ имѣютъ въ своей основѣ пертурбаціи въ функціи сосудодвигателей; игра сосудовъ подъ вліяніемъ психическихъ моментовъ (какъ напр. боязнь покраснѣть, кровавый потъ, замѣна менструацій выдѣленіемъ крови черезъ сосуды кожи) считается фактомъ неоспоримымъ. Мои наблюде-

нія [1]), бывшія предметомъ обсужденія на засѣданіи дерматологической секціи IX Пироговскаго съѣзда, показали, что насколько психическій моментъ играетъ роль въ возникновеніи неврозовъ кожи, настолько раціональное психическое воздѣйствіе является могущественнымъ профилактическимъ и терапевтическимъ агентомъ. Большой интересъ представляетъ наблюденіе *Oppenheim*'а [2]) надъ вазомоторной формой *Jackson*'овой эпилепсіи съ припадочными измѣненіями въ дѣятельности вазомоторовъ въ отдѣльныхъ частяхъ тѣла, при чемъ больной иногда одновременно терялъ сознаніе. *Parhon* и *Goldstein* [3]) изслѣдовали измѣненія въ дѣятельности вазомоторовъ въ парализованныхъ частяхъ тѣла при гемиплегіи.

Насколько изучена роль вазомоторныхъ измѣненій на периферіи тѣла въ патогенезѣ различныхъ трофическихъ и иныхъ страданій, настолько скудны наши свѣдѣнія о роли сосудистыхъ измѣненій въ возникновеніи преходящихъ симптомовъ очаговаго характера со стороны центральной нервной системы. *Oppenheim* [4]) въ главѣ о мигрени и о травматическомъ неврозѣ описываетъ очаговые симптомы, которые вѣроятно стоятъ въ связи съ игрой сосудовъ и имѣютъ нестойкій, капризный характеръ. Случай ангіоневроза, который былъ мнѣ любезно предоставленъ для наблюденія докторомъ *Б. О. Урвичемъ* [5]), по строгой локализаціи мозговыхъ симптомовъ и по теченію не лишенъ клиническаго интереса.

---

[1]) *К. С. Агаджанянцъ.* Роль психотерапіи въ дерматологіи.—Русскій врачъ. 1904.

[2]) *Oppenheim.* Lehrbuch der Nervenkrankheiten Bd. II, 4-te Aufl. 1905. стр. 713

[3]) *Parhon* et *Goldstein.* Sur quelques troubles vasomoteurs dans l'hémiplegie.—La oumaine médicale 1899.—Цит. по статьѣ *O. Bumke* въ Handbuch der Neurologie herausgegeben von *Lewandowsky* Bd. I. 1910.

[4]) Op. c.

[5]) Считаемъ пріятнымъ долгомъ поблагодарить товарища за разрѣшеніе изучить и опубликовать случай.

8 февраля текущаго года я былъ приглашенъ къ больной N., 50 лѣтъ отъ роду. Больная русская, родилась въ Вышнемъ Волочкѣ, проживаетъ въ Петербургѣ; образованіе получила въ Павловскомъ институтѣ. Замужемъ 2-ой разъ за роднымъ братомъ покойнаго перваго мужа; дѣти отъ перваго брака погибли отъ случайныхъ острыхъ инфекцій, а сынъ отъ второго брака живъ и не представляетъ болѣзненныхъ отклоненій. Отецъ больной скончался 52 лѣтъ, повидимому, отъ спондилита, развившагося за нѣсколько лѣтъ до смерти его послѣ ушиба спины; мать больной скончалась 70 лѣтъ отъ роду. Когда родители больной вступили въ бракъ, отцу было 32 года, матери—21 годъ; больная родилась на 18 году ихъ брачной жизни; родители оба русскіе въ кровномъ родствѣ не состояли; больная больше похожа на мать. Среди предковъ больной были случаи долголѣтія (дѣдъ со стороны матери жилъ 106 лѣтъ). Случаевъ душевныхъ болѣзней, алкоголизма и наслѣдственно передаваемыхъ болѣзней, равно какъ сифилиса, въ роду не указывается. Мать больной послѣ апоплексическаго инсульта страдала небольшими параличными разстройствами въ теченіе послѣднихъ лѣтъ жизни и обнаруживала нѣкоторый дефектъ памяти. У больной два брата и четыре сестры, всѣ старше ея, кромѣ того у родителей нашей больной четверо дѣтей умерло въ дѣтскомъ возрастѣ; роды у матери больной протекали всегда легко, беременность протекала безъ осложненій. Нашей больной въ дѣтствѣ наркотическихъ средствъ не давали; зубы прорѣзались своевременно, безъ осложненій, ходить и говорить начала около 1 года отъ роду; золотухи, родимчика въ дѣтствѣ не указывается; бывали сильныя мигрени; воспитывали ребенка родители, не наказывали; физическое развитіе ребенка шло правильно, параллельно умственному. Менструаціи начались съ 14 лѣтъ, безъ осложненій; замужъ вышла двадцати лѣтъ; abusus'овъ ни въ какомъ отношеніи не было Больная была впечатлительна, легко блѣднѣла, была склонна къ сердцебіенію и къ тоскѣ; обладала твердымъ характеромъ, была веселаго, общительнаго нрава; отношенія съ окружающими были хорошія. Больная была беременна три раза, послѣдній разъ въ 1900 году; кромѣ того, былъ въ 1882 году выкидышъ; беременность и роды протекали у больной безъ осложненій; кормила дѣтей сама. Образъ жизни

больной правильный; иногда утомлялась, ухаживая за больными; потеря перваго мужа и обоихъ дѣтей отъ перваго брака, равно какъ и горячо любимой сестры, произвела на больную удручающее впечатлѣніе; 1887 г. перенесла въ Ментонѣ сильное землетрясеніе. Питается больная умѣренно, избѣгаетъ пить много жидкостей.

Отъ 3 января 1913 г. до 19 января у больной были сильныя головныя боли безъ особой локализаціи, затѣмъ—urticaria и зудъ во всемъ тѣлѣ.

Я зналъ больную немного раньше, еще до настоящаго ея заболѣванія, когда она ухаживала за умирающей своей сестрой, которая погибла отъ полиневритическаго психоза съ параличемъ глотанія (больная все время выплевывала слюну) и съ тяжкими разстройствами въ дѣятельности n. vagi. Необходимо подчеркнуть, что у умершей сестры нашей паціентки еще до развитія полиневрита наблюдались асфиксіи пальца и различныхъ участковъ кожи на почвѣ ангіоспазмовъ; наблюдались у нея и обширныя экхимозы на кожѣ. Необходимо упомянуть и о томъ, что я былъ приглашенъ къ погибшей сестрѣ нашей паціентки для того, чтобы сдѣлать ей внушеніе противъ упорной безсонницы, противъ которой боялись бороться наркотическими средствами изъ-за слабости сердца. Послѣ внушенія больная заснула на нѣсколько часовъ, но прогрессирующая слабость сердца привела больную къ летальному исходу.

Страданія умирающей сестры произвели на нашу паціентку тягостное впечатлѣніе, а самый уходъ за умирающей и безсонныя ночи сильно истощили ее. Довольно скоро послѣ смерти сестры у нашей паціентки начались упомянутыя головныя были, зудъ и urticaria. Въ день 8-го февраля, когда она вечеромъ внезапно сильно заболѣла, ей приходилось, работая по хозяйству, сильно закидывать голову назадъ.

Вечеромъ 8 февраля около 9—10 час. больная хотѣла опустить штору на окнѣ и снова закинула голову назадъ, послѣ чего она почувствовала головокруженіе и слабость. Больную положили; она потеряла способность глотать и начала выплевывать слюну, наступило небольшое затрудненіе рѣчи, двоеніе въ глазахъ и параличъ лѣвой половины лица. Кромѣ того, больная чувствовала какую-то неопредѣленную дурноту въ области груди, что было, повидимому, чувствомъ

неясно выраженной тошноты, которая ночью кончилась рвотой. Больная сильно поблѣднѣла; мысль, что она тоже не можетъ глотать слюну, какъ и покойная сестра, приводила больную въ сильный ужасъ. Характерно, что другихъ симптомовъ, которые были у покойной сесты, у больной не было, напр., боли въ конечностяхъ, разстройства памяти, ослабленіе рукъ и ногъ и пр.

Изслѣдованіе мое приблизительно черезъ часъ послѣ инсульта дало слѣдующіе результаты:

Больная средняго роста, правильнаго сложенія, хорошаго питанія; подкожный жиръ развитъ хорошо, кожа лица блѣдна, наполненіе кожныхъ сосудовъ на туловищѣ удовлетворительное; развитіе костной и мышечной системы нормальное; лимфатическія железы не прощупываются; внѣшнихъ признаковъ вырожденія нѣтъ.

Вся лѣвая половина лица парализована, въ мимическихъ движеніяхъ лѣвая половина лица участія не принимаетъ, небольшой lagophthalmus лѣваго глаза, лѣвая половина лба не наморщивается. Зрачки равномѣрны, реакція ихъ на свѣтъ и приспособленіе не измѣнена. Со стороны зрѣнія—диплопія, видитъ два предмета рядомъ; закрывая одинъ какой-либо глазъ, другимъ глазомъ видитъ хорошо и разбираетъ всѣ цвѣта. Языкъ не отклоняется въ сторону, не дрожитъ и не обнаруживаетъ фибриллярныхъ подергиваній. Губы, мягкое небо, язычекъ особыхъ отклоненій не обнаруживаютъ, кромѣ слабости въ иннерваціи мягкаго неба слѣва; уголъ рта опущенъ слѣва, носогубная складка слѣва сглажена. Глотаніе почти невозможно, слюну выплевываетъ, судить о томъ, увеличена-ли саливація затруднительно, равно какъ и о выдѣленіи слезъ; обоняніе и слухъ не представляютъ разстройствъ; есть-ли недочеты со стороны m. stapedii въ виду тяжкаго состоянія больной изслѣдовать трудно; равнымъ образомъ произвести спеціальное изслѣдованіе, какъ чувствуетъ вкусъ задняя или передняя часть лѣвой половины языка, затруднительно, субъективно же больная, дѣлая попытки глотать лѣкарство, смачиваетъ весь языкъ и частичной вкусовой анэстезіи въ опредѣленныхъ участкахъ не указываетъ. На локтевыхъ частяхъ рукъ urticaria еще не прошла, зудъ еще держится, но объективно чувствительность этихъ частей изъ-за наложенной повязки не изслѣдована; въ остальномъ—чувство

прикосновенія, давленія, локализаціи, болевая и температурная чувствительность, равно какъ и мышечное и стереогностическое чувство не нарушены во всѣхъ частяхъ тѣла, нервные стволы при давленіи не болѣзненны: механическая возбудимость мышцъ повышена; питаніе мышцъ нормальное. Мышечная сила рукъ и ногъ не представляетъ отклоненій отъ нормы; контрактуры, дрожанія, судорогъ ригидности въ шейныхъ или какихъ-либо другихъ мышцахъ и оцепенѣлости не замѣтно. Движеніе конечностей координированы. Произвольная рѣчь возможна, небольшая дизартрія, чужую рѣчь понимаетъ свободно, письмо и почеркъ въ виду слабости больной не изслѣдованы. Изъ рефлексовъ—конъюнктивальные понижены, роговичные—безъ перемѣнъ; глоточные, повидимому, понижены, но въ виду тошноты у больной изслѣдованы однократно; брюшные и подошвенные рефлексы нормальны, симптомъ *Babinsk*'аго отсутствуетъ; локтевой сгибательный и разгибательный рефлексы равномѣрно оживлены, равно какъ и колѣнные и ахилловы. Clonus стопы и колѣнной чашки отсутствуетъ. Вазомоторная реакція кожи рѣзко повышена. Со стороны сердца и внутреннихъ органовъ отклоненій отъ нормы нѣтъ; пульсъ 80—90 ударовъ въ минуту, средняго наполненія, безъ аритміи, склероза сосудовъ не замѣтно. При фиксаціи глазами движущагося предмета замѣтна рѣзкая слабость лѣвой отводящей мышцы глаза. Тазовые органы—безъ измѣненій. Сознаніе у больной полное; боится, что больна той же болѣзнью, что и покойная сестра, которая тоже не могла глотать; жалуется на головокруженіе. Для полноты картины слѣдуетъ прибавить, что анализъ мочи на слѣдующій день обнаружилъ 0,6% сахара, уд. вѣсъ—1030, немного оксалатовъ.

По характеру симптомовъ было ясно, что имѣлось налицо страданіе Варолиева моста, отразившееся на функціи ядеръ лицевого и отводящаго нервовъ и измѣнившее условіе питанія въ проводящихъ путяхъ, а можетъ быть и въ ядрахъ, n. glossopharyngei и hypoglossi. Разстройства питанія коснулись, повидимому, и продолговатаго мозга. Предположеніе о возможности базальнаго менингита должно было отпасть

въ виду главнымъ образомъ внѣзапнаго инсульта, давшаго сразу всю картину болѣзни и въ виду теченія болѣзни.

Но въ чемъ заключалась сущность патологическаго процесса?

По внезапному началу и отсутствію продромальныхъ симптомовъ надо было предположить разстройство питанія въ лѣвой части Вароліева моста или на почвѣ эмбола, или на почвѣ экхимоза. Въ виду того, что для эмбола не было причинъ, приходилось допустить экхимозъ на почвѣ миліарнаго атероматоза.

Послѣ моего изслѣдованія больная обратилась съ вопросомъ, не та-ли у нея болѣзнь, отъ которой погибла ея сестра; больную успокоили, что ея болѣзнь ничего общаго съ болѣзнью ея покойной сестры не имѣетъ. Больная, успокоившись, вдругъ проглотила слюну и свободно выпила воды; затѣмъ у больной буквально въ нѣсколько минутъ выравнялось лицо и скоро послѣ того прекратилось двоеніе въ глазахъ.

Допустить, что параличи были чисто психогенные, было положительно невозможно. Предположимъ, что мое появленіе могло связаться съ идеей о внушеніи; однако, у покойной сестры нашей паціентки именно въ актѣ глотанія отъ внушенія не было никакого улучшенія, а здѣсь глотаніе выравнилось прежде всего; кромѣ того, какъ упомянуто, сходство въ болѣзняхъ сестеръ ограничивалось разстройствами глотанія, и наша паціентка не воспроизвела ни одного изъ прочихъ симптомовъ болѣзни сестры; наконецъ, трудно понять, почему и какимъ образомъ психогенное начало могло обнаружиться чисто органическими симптомами очаговаго характера со столь необычной локализаціей. Черезъ нѣсколько дней анализъ мочи показалъ исчезновеніе сахара и паденіе уд. вѣса мочи до 1023; было ясно, что и сахаръ въ своемъ возникновеніи былъ обязанъ разстройству питанія въ области med. oblongatae или гдѣ-либо по сосѣдству. Наконецъ, рвота

по всей вѣроятности то-же была въ связи съ пертурбаціей мозгового кровообращенія.

У больной, какъ упомянуто раньше, еще бывали сердцебіенія съ явленіями поблѣдненія лица, былъ приступъ urticaria; кромѣ того, мы видимъ склонность къ весьма тягостнымъ вазомоторнымъ растройствамъ и у другихъ членовъ семьи больной (асфиксія пальца и экхимозы въ кожу у покойной сестры нашей паціентки). Особенность даннаго случая заключается въ томъ, что ангіоспазмъ чисто функціональнаго характера (такъ какъ геморрагія не могла разсосаться въ нѣсколько минутъ) повлекъ за собой измѣненіе кровообращенія и вызвалъ чисто очаговое разстройство со стороны иннервации лѣвой половины лица, лѣваго отводящаго нерва, глотанія, артикуляціи и кромѣ того повелъ къ головокруженію, рвотѣ и появленію сахара въ мочѣ.

Было рекомендовано не волновать больную и не безпокоить лишними движеніями во избѣжаніе рецидивовъ, которые могли обнаружиться и въ сосудахъ, питающихъ очаги, болѣе важные въ функціональномъ отношеніи.

Первые дни больная не вставала отъ сильнаго головокруженія, и только черезъ $1^1/_2$—2 недѣли она смогла спокойно ходить по квартирѣ, жалуясь только на утомляемость и на чувство пустоты въ головѣ; въ теченіе мѣсяца больная оправилась, стала выѣзжать.

Больной давали легкія сердечныя (Cactus Convallaria), слѣдили за функціей кишечника, не давали головѣ очень возвышеннаго положенія, что было бы рекомендовано при параличахъ на почвѣ разрыва сосуда и при склонности къ приливамъ; голову избѣгали особенно охлаждать; къ ногамъ грѣлки были рекомендованы лишь при склонности ногъ къ охлажденію; въ виду недочетовъ со стороны обмѣна больная принимала Виши, а въ промежуткѣ между первымъ и вторымъ анализомъ мочи назначили діабетическую діэту, которую послѣ второго анализа отмѣнили.

Нервныя и душевныя болѣзни у евреевъ.

Д-ра мед. Э. В. Эриксона.

Евреи въ разныхъ мѣстахъ земного шара имѣютъ свои особыя антропологическія и психическія отличія. Даже живущіе близко другъ-отъ-друга въ одномъ государствѣ или части его обнаруживаютъ нѣсколько различный наружный видъ, черты лица, интонацію голоса, манеры, привычки, міровоззрѣніе. Спеціалистъ-антропологъ въ Россіи можетъ отличить еврея, напр., Люблинской губ. отъ еврея Варшавской или Минской. При всемъ этомъ достаточно небольшого знакомства съ основными антропологическими или психологическими особенностями еврейской расы, чтобы найти весьма существенныя и многочисленныя общія черты между отдѣльными ея типами, возникающими отъ смѣшенія съ самыми различными народами. Интересующійся евреями въ антропологическомъ отношеніи, можетъ почерпнуть подробныя свѣдѣнія въ соотвѣтствующей литературѣ, напр., въ весьма обстоятельной работѣ д-ра *А. Элькинда.* [1]) Невропатолога и психіатра евреи, какъ психическая раса, интересуютъ постолько, поскольку при неврозахъ и психозахъ они сохраняютъ прирожденныя черты характера. Уже на зарѣ своей исторіи евреи выступаютъ, какъ народъ „избранный“, непонимаемый окружающими.

---

[1]) *А. Элькиндъ.* Евреи. Тр. антроп. отд. Т. XXI. Изв. И. Общ. Естеств., антр. и этнографіи при Московск. Унив. Москва. 1903.

Насколько извѣстно, евреи уже 2000 лѣтъ тому назадъ не любили сами обрабатывать землю, пасти скотъ. Ихъ колоніи основывались обыкновенно около городовъ, съ населеніемъ которыхъ они входили въ торговыя сношенія. Они выступали какъ арендаторы земли, барышниками въ коневодствѣ, какъ скупщики мелкаго скота. У нихъ, повидимому, никогда не было и теперь нѣтъ поэзіи, выливающейся въ пѣсняхъ о золотой нивѣ или славномъ конѣ. Хлѣбъ для нихъ представлялъ и представляетъ интересъ лишь какъ предметъ торговли въ видѣ зерна или муки, лошадь имѣла и имѣетъ значеніе, какъ рабочая животная сила. Попытки нѣкоторыхъ государствъ привлечь евреевъ къ занятію земледѣліемъ б. ч. не привели ни къ чему, колоніи не обнаруживали прочности и распадались сами собою. Такимъ образомъ, сохранившаяся у евреевъ нелюбовь къ земледѣлію и скотоводству свидѣтельствуетъ о передачѣ по наслѣдству явно пріобрѣтенныхъ условіями жизни свойствъ народнаго характера.

Іегова угрожаетъ своему народу такимъ ужаснымъ проклятіемъ: „Ты не будешь давать деньги въ займы.“ [1]) Въ Библіи есть и другіе примѣры, заставляющіе думать, что уже въ отдаленнѣйшія времена, около 3000 лѣтъ назадъ, ростовщичество существовало у евреевъ. Въ древнемъ Вавилонѣ, какъ нынѣ извѣстно, банкирскій домъ принадлежалъ двумъ братьямъ евреямъ. Евреи въ древности, видимо, часто вступали въ конфликтъ съ законами, особенно въ области торговли, поставокъ, разныхъ денежныхъ сдѣлокъ. Еще въ V в. до Р. Хр. въ указѣ царя Артаксеркса о евреяхъ говорилось: „Во всѣхъ племенахъ вселенной замѣшался одинъ враждебный народъ, по законамъ своимъ противный всякому народу, постоянно пренебрегающій царскими повелѣніями, дабы не благоустроилось безукоризненно совершаемое нами управленіе“

[1]) *Гаустонъ Стюартъ Чемберлэнъ.* Евреи, ихъ происхожденіе и причины ихъ вліянія въ Европѣ. Спб. 1907 г.

Борьба государствъ съ евреями проходитъ чрезъ всю исторію народовъ въ Европѣ и Малой Азіи отъ послѣднихъ вѣковъ дохристіанской эры вплоть до нашихъ дней. Всюду издавна издавались постановленія, съ одной стороны ограничивающія права евреевъ, съ другой — обуздывающія коренное населеніе отъ проявленія вражды и протеста и предотвращающія избіенія евреевъ.[1]) Сутяжничество свойственно евреямъ нашего времени въ высокой степени. Они постоянно жалуются на всѣхъ и на все, враждуютъ съ тѣми, съ которыми еще недавно были въ самыхъ дружескихъ отношеніяхъ. Гдѣ дѣло касается денегъ, евреи нерѣдко оказываются непримиримыми врагами даже между собою. Въ гражданскихъ дѣлахъ, которыя у городскихъ евреевъ сводятся гл. обр. къ денежнымъ счетамъ, крайне рѣдко достигается примиреніе сторонъ. Тамъ, гдѣ нужно взыскать съ кого-либо деньги, евреи не обращаютъ вниманія ни на бѣдность человѣка, ни на случайную оплошность его. Богачъ старается извлечь все, что только можно, даже со своего же брата бѣдняка-еврея, тѣмъ болѣе съ поляка или русскаго, при чемъ взыскиваетъ такіе гроши, что судьямъ приходится удивляться. Въ результатѣ рядомъ съ неимовѣрно богатыми отдѣльными лицами влачатъ свое жалкое существованіе тысячи въ ужасающей бѣднотѣ. Въ дѣлахъ уголовныхъ они, напротивъ, забываютъ личные счеты, передряги, ссоры; рѣзко отдѣляя себя и свои интересы отъ христіанскихъ, они стараются покончить счеты между собою поскорѣе.

Пророкъ Іеремія далъ такую характеристику евреевъ: „Каждый обманываетъ своего друга, правды не говорятъ, пріучили языкъ свой говорить ложь, лукавствуютъ до усталости“. Часто встрѣчающаяся лживость взрослыхъ евреевъ извѣстна судьямъ, а также врачамъ, испытывающимъ лицъ

---

[1]) *Г. Э. Зенгеръ.* Еврейскій вопросъ въ древнемъ Римѣ. Варш. Унив. Изв. 1889. кн. 4—6.

призываемыхъ къ отбытію воинской повинности или арестантовъ.

Льстивость, вкрадчивость свойственны евреямъ въ высокой степени тоже съ отдальнѣйшихъ временъ. Эта черта характера встѣчается у многихъ народностей, но кажется ни у кого не выражна такъ рельефно, какъ у евреевъ. Умно-хитрое съ пронизывающимъ взоромъ выраженіе лица не вызываетъ обыкновенно довѣрія. Манера держать себя смиренно приниженно, услужливо и трусливо производитъ впечатлѣніе неискренности, пронырливости. Обнаруживая подобострастіе и льстивость къ высшимъ и сильнымъ мира, евреи, когда получаютъ власть, проявляютъ жестокость и равнодушіе къ ниже стоящимъ и ненужнымъ имъ людямъ. Они дерзки, когда въ силѣ, самоувѣренны въ предпріятіяхъ, идутъ напроломъ къ достиженію цѣли. Скромность, застѣнчивость имъ не свойственны, напротивъ—назойливость и настойчивость характерны. Къ благодарности они тоже мало склонны Они эгоистичны, держатся замкнуто, особнякомъ, во многихъ вопросахъ скрытны, особенно въ отношеніи религіи. Если они проявляютъ благотворительность, то лишь въ отношеніи къ своимъ же евреямъ черезъ избранныхъ ими же людей. У нихъ въ почетѣ крупные банкиры, богатые барышники, ловкіе дѣльцы, люди хитрые, предпріимчивые и знатоки Талмуда.

Іеремія назвалъ евреевъ „скопищемъ вѣроломныхъ". Наклонность евреевъ къ измѣнѣ побуждала царя Давида [1]) окружать себя отрядомъ тѣлохранителей изъ лицъ, принадлежащихъ къ сирійцамъ, арабамъ и др. народностямъ, но не къ израильскому племени. Извѣстно, что когда ассирійскія войска пытались взять неприступную крѣпость Іерусалимъ, ее защищали арабскіе воины; іудеи, очевидно, уже тогда не отличались воинственностью. Во время Ирода евреи открыто

[1]) *Г. Ст. Чамберлэнъ.* Op. cit.

отказывались нести воинскую и финансовую повинность. [1]) Если израильтяне покоряли ту или другую страну, то обыкновенно съ помощью наемниковъ-чужеземцевъ или просто нашествіемъ, осѣданіемъ и эксплоатаціей; организованныя же изъ самихъ евреевъ войска всегда оказывались въ сраженіяхъ разбитыми и разсѣянными. Гдѣ бы евреи ни появились среди чуждаго имъ народа, они умѣли всегда получить для своей народности нѣкоторыя особыя права и привиллегіи; лишь только возникла война, они спѣшили использовать народное бѣдствіе въ личныхъ цѣляхъ или уйти поскорѣе изъ страны. Такъ было въ эпоху греческой и римской цивилизаціи. Въ теченіе длиннаго ряда вѣковъ христіанской эры, кажется, не было случаевъ, чтобы въ какомъ-либо государствѣ даже при чрезвычайномъ размноженіи евреевъ изъ нихъ организовывали войска и принуждали совершать военные походы. Даже въ Царствѣ польскомъ „еврейскомъ раѣ“, какъ выразился одинъ польскій писатель конца XVIII вѣка, они, какъ воины, никогда не играли роли. Если въ средніе вѣка ими пользовались во время войнъ, то какъ поставщиками провіанта, лазутчиками контрабандистами, капиталистами. Трусливость и крайняя нервозность дѣлали ихъ въ войскахъ въ качествѣ простыхъ рядовыхъ не только безполезными, но и опасными въ военное время. Нынѣ въ русскихъ войскахъ они большею частью попадаютъ въ музыканты или портные и сапожники и какъ слабосильные очень неудачно служатъ въ строю. Русская литература чрезвычайно богата случаями членовредительства разнаго рода и симуляцій евреевъ съ цѣлью избѣгнуть воинской повинности; судебныхъ дѣлъ по этому поводу возникаетъ множество. Среди симулянтовъ и членовредителей попадаются, конечно невро- и психопаты, но въ огромномъ большинствѣ случаевъ это люди, если смотрѣть съ психо-

[1]) *Г. Э. Зингеръ.* Op. cit.

антропологической точки зрѣнія, просто не получившіе отъ отдаленнѣйшихъ предковъ въ наслѣдство никогда не имѣвшейся у нихъ воинственности.

Евреи народъ крайне боязливый, трепещущій за свою жизнь. Любовь къ дѣтямъ безпредѣльна, а потому у нихъ рѣдко наблюдаются производство выкидышей, и тѣмъ болѣе рѣдко убійство новорожденныхъ. Убійцъ среди евреевъ сравнительно очень мало. Въ ножевщинѣ, столь частой напр. въ Варшавѣ и др. городахъ Ц. П., евреи обыкновенно не обвиняются, хотя они не менѣе вспыльчивы и гнѣвливы, чѣмъ поляки. Разбойничьихъ бандъ не образуютъ. Евреевъ осуждается особенно много и даже наиболѣе всѣхъ другихъ національностей за бродяжничество и нарушеніе устава о паспортахъ; напротивъ, наименѣе за преступленія противъ тѣлесной неприкосновенности и личности и преступленія противъ жизни [1]). Рѣдко бываетъ, чтобы еврей перерѣзалъ себѣ горло, нанесъ себѣ раны въ грудь, выстрѣлилъ въ себя, несмотря на громадное количество неврастениковъ и истериковъ среди нихъ.

Евреи не отличаются веселымъ нравомъ, безпечностью, не имѣютъ національныхъ танцевъ, хороводовъ и пр. Веселыя пирушки бываютъ и у нихъ, но широкаго размаха, задушевности не замѣчается. Гостепріимство среди нихъ не развито. Въ большихъ городахъ балы, концерты, театры посѣщаются, конечно, евреями, но относительно гораздо рѣже, чѣмъ христіанами и большею частью только молодежью. За то евреи крайне охотно и удачно принимаютъ активное участіе въ сценическомъ искусствѣ; для нихъ заманчива карьера артистовъ, музыкантовъ, жонглеровъ, куплетистовъ и т. п.; ихъ необычайная способность къ подражанію, наблюдательность, самоувѣренность, умѣніе подлаживаться къ требованіямъ публики, находчивость, ловкость, терпѣніе и др. качества обезпечиваютъ имъ успѣхъ.

---

[1]) Тр. Варш. стат. Комитета. Вып. XXXI. Варшава 1907 г., стр. 11.

Евреи гнѣвливы, раздражительны. Мимолетно покричать другъ-на-друга они любятъ, но драки среди нихъ рѣдки, даже въ густо населенныхъ еврейскихъ кварталахъ такихъ городовъ, какъ Варшава, Одесса, Кіевъ, Вильна.

Если еврей вздыхаетъ, охаетъ, жалуется, то больше для виду, иногда для извлеченія изъ такого своего состоянія какой-либо себѣ выгоды. Онъ любитъ казаться бѣднымъ, несчастнымъ, охотно одѣваться въ лохмотья; лица хорошо обезпеченные забираются въ послѣдніе ряды театра, сидятъ въ самыхъ дешевыхъ мѣстахъ трамваевъ, поѣздовъ, пароходовъ, въ магазинахъ богатые торгуются изъ-за грошей до усталости. При всей пылкости фантазіи, свойственной евреямъ, они не склонны къ пустому мечтанію и непротивленію злу. Религіозныя исканія въ смыслѣ сектанства, берущаго начало въ разочарованіи въ жизни и длительной тоскѣ, у евреевъ не наблюдается. Религіозность ихъ очень условная, исходитъ не столько изъ побужденій чувства, сколько требованій разсудка. Вслѣдствіе врожденной пылкости натуры, они не умѣютъ молиться сдержанно, смиренно. Въ синагогѣ во время богослуженія нѣтъ той торжественной тишины, того спокойствія, мечтательнаго вдохновенія молящихся, какія наблюдаются въ христіанскихъ храмахъ или мусульманскихъ мечетяхъ. Моленія происходятъ съ изумительной горячностью, подвижностью, съ обильными въ патетическихъ мѣстахъ жестикуляціями. При коллективныхъ молитвахъ толпа какъ бы чему-то грозитъ, чего-то требуетъ, размахивая руками и громко выкрикивая слова. Иные плачутъ, бьютъ себя кулакомъ въ грудь и мечутся до неистовства.

На еврейскихъ рынкахъ стоитъ съ ранняго утра невообразимый гамъ, шумъ, видны суматоха, жесты, зазываніе въ лавку, предложеніе купить. Продавцы кричатъ до потери голоса. Ссоры между покупателями и продавцами возникаютъ то и дѣло. Какъ торговцевъ, ихъ цѣнили и ими пользовались разныя государства и въ до-христіанскую эру, и во всѣ послѣдующіе вѣка.

Евреи чрезвычайно трудолюбивы, какъ ремесленники, лавочники, рабочіе, они заняты дѣломъ съ утра до глубокой ночи. Нищихъ—праздно-шатаевъ среди нихъ почти нѣтъ. Ихъ соціальное положеніе таково, что никто не разсчитываетъ на помощь ближняго, всякій стремится самъ достигнуть намѣченной цѣли. Отношеніе младшихъ къ старшимъ, дѣтей къ родителямъ не оставляетъ желать лучшаго. Въ школахъ евреи учатся замѣчательно старательно и большею частью идутъ въ передовыхъ рядахъ. Быстрота соображенія, хорошая память, вниманіе, прилежаніе, настойчивость приводятъ къ тому, что не смотря на всѣ встрѣчающіяся внѣшнія препятствія и гоненія, они умѣютъ выходить побѣдителями. Этотъ удивительный по способностямъ, энергіи и трудолюбію народъ при всѣхъ своихъ недостаткахъ даетъ множество талантливѣйшихъ и даже геніальнѣйшихъ людей на различныхъ поприщахъ.

Жесты евреевъ, имѣя много характерныхъ особенностей, изображаются на сценахъ; всѣмъ, напр., извѣстна наклонность евреевъ при разговорахъ постоянно поднимать кисти рукъ кверху съ пожиманіемъ плечъ. Эти жесты въ значительной степени наслѣдственны, т. е. судя по нѣкоторымъ изображеніямъ на средневѣковыхъ гравюрахъ не измѣнились за многія сотни лѣтъ. Воспитаніе ихъ устраняетъ, но лишь на время. У интеллигентныхъ лицъ, скрывающихъ свое происхожденіе, эти жесты проявляются противъ воли говорящаго, что сразу выдаетъ примѣсь еврейской крови. У служившихъ въ войскахъ и возвратившихся въ прежнюю свою среду лицъ необычайно быстро исчезаетъ вся военная выправка, и бывшаго солдата въ еврейской толпѣ совсѣмъ не различить.

Рѣчь еврейская быстра, какъ быстры и гибки всѣ движенія, не смотря на то, что она часто нѣсколько кортавая. Евреи чрезвычайно способны къ языкамъ, мало такихъ, которые говорили бы только на одномъ языкѣ. Жаргонная рѣчь особенно излюблена ими, какъ непонятная для христіанъ. Въ

разныхъ мѣстахъ жаргонъ разный, вслѣдствіе неодинаковой примѣси иностранныхъ словъ. Въ Ц. П. у евреевъ чаще преобладаютъ изъ иностранныхъ словъ нѣмецкія, но иногда венгерскія, испанскія и др., такъ что знающій нѣмецкій языкъ врачъ легко можетъ понять одного и съ большимъ трудомъ другого. Отмѣчаю этотъ фактъ по той причинѣ, что психіатру въ жаргонной рѣчи вовсе не легко бываетъ разбираться, особенно при симуляціи психоза или слабоумія и намѣренномъ разговорѣ исключительно на жаргонѣ при знаніи другихъ языковъ.

О воззрѣніи древнихъ евреевъ на нервныя и душевныя болѣзни и о формахъ заболѣванія въ далекомъ прошломъ у этого народа мы можемъ почерпнуть отрывочныя свѣдѣнія въ Библіи, а затѣмъ въ Талмудѣ и у Маймонида. Судя по библейскимъ даннымъ, неврозы и психозы въ тѣ отдаленнѣйшія времена не были чѣмъ-либо исключительнымъ, напротивъ привлекали къ себѣ вниманіе въ какомъ бы то ни было отношеніи. Самъ, напр., Моисей былъ заика, какъ видно изъ слѣдующихъ его словъ: „человѣкъ я не рѣчистый и таковъ былъ и вчера, и третьяго дня, и когда Ты началъ говорить съ рабомъ Твоимъ; я тяжело дышу (!) и косноязыченъ“. Въ Библіи имѣется много указаній на послѣдствія злоупотребленія спиртными напитками, приводятся примѣры помѣшательства (Царь Саулъ), можно найти примѣры самоубійства, есть случай апоплексіи и даже случай симуляціи душевнаго разстройства. [1])

Заглянемъ въ Талмудъ. Согласно Мишнѣ, отдѣлу Зераимъ, трактату Терумотъ, главѣ I: „Пять видовъ людей не могутъ отдѣлять возношенія, а если отдѣлятъ, то ихъ возно-

---

[1]) *Max. Sichel.* Psychiatrisches aus der Literatur und Geschichte des jüdischen Volkes. Neur. Centrbl. 1909. № 5 и 6.

[2]) Талмудъ, Мишна и Тосефта. Пер. Переферковича. Спб. 1899. Т. I стр. 229.

шенія не дѣйствительны: глухонѣмые, безумные; малолѣтніе, отдѣляющіе съ чужого имущества и язычники". Въ этомъ перечисленіи подъ словомъ „безумные" очевидно понимаются всѣ умственно ненормальные люди на глазъ окружающихъ. Интересно, что по Талмуду права глухонѣмого ограничиваются. Очевидно, въ сѣдую старину умственныя способности глухонѣмыхъ большинствомъ считались ограниченными. Впрочемъ, толкователи еще II вѣка по Р. Хр. спорили о томъ, что собственно слѣдуетъ понимать подъ словомъ глухонѣмой, что подъ безумнымъ. Равви Іуда говоритъ, что возношенія глухонѣмого дѣйствительны, но равви Эліэзеръ утверждаетъ, что сомнительны, „такъ какъ сомнительно, имѣетъ-ли глухонѣмой разумъ или нѣтъ". Равви Симонъ совершенно правильно предлагаетъ различать глухонѣмого отъ рожденія отъ оглохшаго впослѣдствіи; только послѣдній будто имѣетъ право самостоятельно отдѣлять возношенія... „Кто называется безумнымъ? Тотъ, кто одинъ выходитъ ночью, спитъ на кладбищѣ, рветъ на себѣ платье или портитъ то, что ему даютъ. Если безумный имѣетъ свѣтлые моменты, то соблюдается слѣдующее правило: когда онъ безуменъ, тогда онъ во всѣхъ отношеніяхъ считается безумнымъ, когда же придетъ въ сознаніе, то во всѣхъ отношеніяхъ считается здоровымъ". Въ этихъ словахъ проглядываетъ знакомство съ періодическими психозами, столь свойственными евреямъ, какъ увидимъ ниже. Въ той же главѣ I трактата Терумотъ говорится: „нѣмой, пьяный, нагій, слѣпой и имѣвшій pollutionem nocturnam не должны отдѣлять, но если отдѣлили, то возношеніе считается возношеніемъ". Поясненіе гласитъ: „почему было установлено, что нѣмой не долженъ отдѣлять возношенія? Потому что онъ не можетъ произнести славословія. Почему сказано: пьяный не долженъ отдѣлять возношенія? Потому что въ немъ нѣтъ сознанія. Однако сказали: купля пьянаго дѣйствительна, какъ дѣйствительна его продажа, его даръ, его обѣтъ, его посѣщеніе. Если онъ совершилъ грѣхъ, наказываемый избіеніемъ камнями, то онъ долженъ подвергнутися казни".

Я привелъ эти выдержки изъ Талмуда, чтобы показать, какъ давно имѣлись уже опредѣленныя сужденія у евреевъ относительно вопросовъ, нынѣ составляющихъ предметъ судебной психіатріи.

О глухонѣмыхъ и безумныхъ упоминается въ Талмудѣ часто. Есть указанія на припадки падучей болѣзни и возможность временной потери сознанія въ смыслѣ сомнамбулизма или автоматизма, есть случай повидимому самоубійства. Pollutio nocturna считается актомъ нечистымъ, требующимъ умываній и чтенія „шема“ [1]), медленнаго „съ пропускомъ молитвы“. Вино должно находиться подъ прикрытіемъ, иначе змѣя можетъ заползти и оставить въ немъ свой ядъ... Такимъ образомъ Delirium tremens находилъ бы себѣ съ точки зрѣнія Талмуда простое объясненіе... Вѣра во вліяніе демоновъ на человѣка и въ порчу дурнымъ глазомъ проглядываетъ во многихъ мѣстахъ Талмуда. Наконецъ, заслуживаетъ вниманія теплое отношеніе Талмуда къ тѣмъ, кто не получилъ отъ рожденія хорошихъ умственныхъ способностей или утратившихъ ихъ къ старости.

Евреи съ отдаленнѣйшихъ временъ заботились о сохраненіи чистоты крови своего народа. Еще Моисей запретилъ браки между родственниками. Въ Сводѣ древнихъ еврейскихъ законовъ (70 п. по Р. Хр.), изданныхъ въ 1180 г. еврейскимъ врачемъ равви Маймонидомъ (1135 — 1204) [2]), крупнѣйшимъ въ свое время ученымъ, можно найти статьи, представляющія интересъ для невропатолога. Такъ, люди въ правовомъ отношеніи дѣлятся на порочныхъ и не порочныхъ; къ первымъ относятся всѣ, происшедшіе отъ кровосмѣсительныхъ браковъ, они ограничены въ нѣкоторыхъ правахъ. Браки неравные по возрасту возбраняются. Статья 7-я главы II гласитъ: „запре-

---

[1]) Шема читается утромъ и вечеромъ.

[2]) *П. Лебедянскій.* Очерки древнееврейскаго законодательства. Юридическое Обозрѣніе. 1883 г. Т. I. № 96 и Т. II № 123.

щается брать жену изъ семьи, страдающей заразной или наслѣдственной болѣзнью, если въ этой семьѣ были три случая этой болѣзни на потомство". Статья 5 главы XXXII имѣетъ такую формулировку: „для идіотки бракъ не установленъ". Слѣдующая за этой глава ограничиваетъ нѣкоторыя права глухонѣмого, также какъ и безумный, выздоровѣвшій послѣ брака. Статья 7-я той же главы ограничиваетъ обязанности мужчины при вступленіи въ бракъ ненормальнымъ или при выздоровленіи отъ безумія. При такихъ условіяхъ дѣвушкѣ выходить замужъ за больного являлось рискованнымъ и не цѣлесообразнымъ. По статьѣ 6 главы XXXIV: „если мужъ заболѣлъ помѣшательствомъ или глухонѣмотой, то судъ опредѣляетъ (женѣ) на содержаніе и необходимое украшеніе". Очевидно въ послѣднемъ случаѣ бракъ судомъ расторгался.

Вѣчно преслѣдуемый способный еврейскій народъ уже въ средніе вѣка могъ выдвинуть не мало геніевъ, прославившихся на поприщахъ науки, искусства общественной дѣятельности. Нѣкоторыя историческія личности за свое чрезмѣрное умственное напряженіе заплатили подъ конецъ психическимъ разстройствомъ. Я не буду приводить ихъ имена, описывать ихъ болѣзни, имѣющія историческій интересъ. Не могу однако не напомнить здѣсь объ извѣстномъ событіи изъ соціальной психопатологіи евреевъ — знаменитой Саббатанской [1]) психической эпидеміи. Эта религіозная психическая эпидемія явилась слѣдствіемъ того, что въ іудейскій новый годъ 1666 одинъ еврей, кажется въ Палестинѣ, по имени Саббатанъ Зеви, всенародно объявилъ себя долгожданнымъ Мессіей. Эпидемія массовыхъ психическихъ разстройствъ и неврозовъ охватила не только евреевъ турецко и персидско подданныхъ но распространилась и на населяющихъ Германію, Италію, Францію, Голландію, Польшу и даже отдаленную Англію.

---

[1]) *В. М. Бехтеревъ.* Внушеніе и его роль въ общественной жизни. Спб. 1908, стр. 95.

Евреи по причинѣ своего историческаго прошлаго и вѣчныхъ скитаній не могли сложиться въ крѣпкій, чистый, красивый антропологическій типъ. Не смотря на удивительную сопротивляемость организма, евреи въ своей массѣ наслѣдуютъ слабое тѣлосложеніе и множество различныхъ уродствъ. Во всей Россійской Имперіи врядъ-ли существуетъ народность, которая представляла бы столько убѣдительныхъ примѣровъ физическаго и психическаго вырожденія, какъ евреи. Это фактъ общепризнанный. Въ одной изъ своихъ работъ я подробно останавливался на органическихъ признакахъ вырожденія у душевно-больныхъ евреевъ. [1]) Но и психически нормальные евреи представляютъ достаточно богатый матеріалъ для изслѣдованія по вопросу о вырожденіи. Какія физическія уклоненія въ строеніи тѣла имѣютъ болѣе значенія съ точки зрѣнія невропатологіи и психіатріи и какія менѣе, можетъ быть выяснено лишь при сопоставленіи большого цифрового матеріала по изслѣдованію лицъ здоровыхъ и нервно- или душевно-больныхъ. Это дѣло будущаго. Здѣсь я коснусь вопроса о физическомъ вырожденіи евреевъ лишь въ самыхъ общихъ чертахъ.

Совершенно правильныя ушныя раковины встрѣчаются у евреевъ не болѣе какъ въ 20%. Еврейское ухо имѣетъ настолько своеобразно дегенеративный характерный типъ, что по ушамъ можно отличить еврея отъ не еврея. Часто, не видя лица, по одному виду и строенію уха можно сказать есть ли въ человѣкѣ примѣсь еврейской крови или нѣтъ. Словомъ уклоненіе въ устройствѣ ушныхъ раковинъ должны быть отнесены къ признакамъ не только индивидуальнаго, но и расоваго вырожденія. Нижнее замыканіе челюстей, по моимъ наблюденіямъ, встрѣчается у евреевъ въ 2%, перекрестное—въ 0,7%, По Яковенко [2]) изучавшаго нормальныхъ евреевъ Мо-

[1]) *Э. Эриксонъ.* Антроп. изслѣд. евреевъ на матеріалѣ псих. отд. при Варш. Уѣзд. воен. госпиталѣ. Мед. Сб. Варш. У. воен. госпит. 1909 г.

[2]) *М. Г. Яковенко.* Матеріалы къ антропологіи еврейскаго населенія Рогачевск. у. Могилевской губ. Спб. 1898 г. Дисс.

гилевской губ., нижнее замыканіе челюстей у нихъ наблюдается въ 12.96% (вѣроятно 2,96) и среднее въ 16,54%. у женщинъ нижнее въ 0,% на 100 осмотренныхъ и среднее въ 24,39%. Рѣдкіе зубы у мужчинъ, по Яковенко, въ $22^1/_2$% и кривые въ 10%. Портятся зубы у евреевъ поразительно рано. Прогнатизмъ челюстей относительно частъ. По моимъ изслѣдованіямъ правильный черепъ встрѣчается не чаще какъ въ 20%; въ огромномъ большинствѣ случаевъ имѣются разныя деформаціи его. Чрезвычайно часто замѣчаются у евреевъ признаки вырожденія, выражающіеся несимметрическимъ строеніемъ частей тѣла, нарушеніемъ обыкновенной пропорціональности въ размѣрахъ конечностей; поразительно часты искривленія пальцевъ на ногахъ, самыя замысловатыя, что тоже должно быть разсматриваемо, какъ проявленіе дегенераціи. Кривобокость, косолапость, плоская или куриная грудь карликовый ростъ, Infantilismus обращаютъ на себя вниманіе. Къ вырожденію слѣдуетъ отнести и частыя гипоспадіи, монорхизмъ, поразительную наклонность къ грыжамъ, неодинаковаго цвѣта радужки, нистагмъ, косоглазіе и т. д.; послѣднее время стали обращать на себя вниманіе невропатологовъ „евнухоиды", т. е. лица съ атрофированными яичками, обильнымъ жировымъ отложеніемъ въ подкожной клѣтчаткѣ, женственнымъ типомъ, но нормальными умственными способностями. Этого рода проявленіе дегенераціи у евреевъ, повидимому, чаще, чѣмъ у христіанъ.

Часто бываетъ трудно установить границу между наслѣдованнымъ и пріобрѣтеннымъ. Такъ, напр., близорукость наблюдается у евреевъ по *Ботвинникуу* [1]) въ $4^1/_2$—5 разъ чаще, чѣмъ у христіанъ, слѣпыхъ тоже больше. Слухъ имѣетъ наклонность падать раньше времени. Глухихъ и глухонѣмыхъ среди евреевъ больше, чѣмъ среди христіанъ, живущихъ въ той же мѣстности, въ 2—3 раза, хотя инфекціон-

[1]) Врачъ 1899 № 42.

ныхъ болѣзней—обычной причины преждевременной глухоты—меньше, а кретинизма, частаго спутника глухонѣмоты, нѣтъ вовсе. Среди людей возраста 25 л. бросается въ глаза большее число сутуловатыхъ; послѣ 35 л, уже очень многіе, а послѣ 50 лѣтъ до 80% всѣхъ евреевъ имѣютъ сильно согнутую спину. Окостенѣніе позвоночника въ искривленномъ положеніи наступаетъ поразительно рано. Врядъ ли явленіе это можно объяснить только ремесленнымъ трудомъ, такъ какъ оно наблюдается и у лицъ интеллигентныхъ профессій...

Многіе указывали, что обиліе вырождающихся у евреевъ является слѣдствіемъ вынужденнаго у нихъ заключенія браковъ между родственниками. Эта точка зрѣнія не имѣетъ достаточныхъ основаній, т. к. евреи не представляютъ изъ себя малочисленную народность съ малымъ выборомъ невѣстъ, къ тому же у нихъ, какъ уже говорилось, кровосмѣсительные браки между близкими родственниками запрещались, а также обставлялись затрудненіями вступленія въ бракъ безумныхъ, падучныхъ, глухонѣмыхъ, что должно было бы издавна препятствовать дегенераціи. Надо сказать, что браки между родственниками, по нынѣшнимъ воззрѣніямъ, не представляютъ такой опасности для потомства, какъ прежде думали, если нѣтъ отягощенія тяжелой наслѣдственностью.

Причины физическаго вырожденія евреевъ приходится искать главнымъ образомъ въ условіяхъ городской жизни съ недостаткомъ свѣта, воздуха, въ отсутствіи прилива свѣжихъ соковъ отъ людей съ лона природы, частой перемѣнѣ отечества съ необходимостью быстро приспособляться къ климату, новому мѣсту, къ инымъ требованіямъ жизни. Большинству приходится влачить жалкое существованіе въ крайне негигіенической тѣсной обстановкѣ обыкновеннаго еврейскаго жилья, при недостаточномъ питаніи и чрезмѣрномъ умственномъ напряженіи и постояннымъ опасеніемъ за свою будущность. Въ результатѣ является тѣлесная слабость, неспособность къ труду, требующему большей физической силы, и

расшатанность нервной системы. Естественно, что физическое и психическое истощеніе родителей влечетъ за собой хилость и вырожденіе потомства.

Однимъ изъ очень существенныхъ факторовъ вырожденія у христіанскихъ народностей является, какъ извѣстно, злоупотребленіе спиртными напитками. Евреи совершенно не пьянствуютъ. Поэтому можно только удивляться, что несмотря на ихъ поразительное воздержаніе отъ спиртныхъ напитковъ, у нихъ такъ много дегенерантовъ. Если бы они не относились бережно къ своему здоровью и позволяли себѣ выпивки, то количество невропатовъ, помѣшанныхъ и слабоумныхъ въ ихъ семьяхъ при слабости тѣлосложенія было бы еще во много разъ больше, чѣмъ наблюдается нынѣ.

Сифилисъ распространенъ у нихъ значительно менѣе, чѣмъ среди христіанъ, главнымъ образомъ вслѣдствіе раннихъ браковъ, трезвости, большей осторожности въ выборѣ женщинъ для половыхъ сношеній, наконецъ быть можетъ и всѣдствіе обрѣзанія. Заболѣвшіе сифилисомъ лечатся гораздо тщательнѣе христіанъ и уже поэтому рѣже передаютъ его дѣтямъ по наслѣдству. Казалось бы и это обстоятельство очень существенно для созданія крѣпкой и сильной расы.

Что бугорчатка родителей ведетъ къ вырожденію потомства—въ этомъ мало кто нынѣ сомнѣвается. Однако евреи, несмотря на крайне часто наблюдающійся у нихъ отъ плохихъ жилищныхъ условій туберкулезный внѣшній видъ, обнаруживаютъ, какъ давно замѣчено въ разныхъ странахъ Европы, поразительную сопротивляемость организма въ отношеніи этой болѣзни. Къ примѣру сказать, въ Варшавѣ, по *А. Соколовскому*, смертность отъ чахотки среди христіанъ 12,0%, среди евреевъ 9%. Однако меньшая смертность еще не говоритъ противъ передачи по наслѣдству инвалидности организма съ предрасположеніемъ къ неврозамъ и психозамъ.

Указанія на большую заболѣваемость евреевъ нервными и душевными болѣзнями при сравненіи съ христіанами мож-

но найти уже въ нѣкоторыхъ сочиненіяхъ 50-хъ годовъ, но спеціальныхъ изслѣдованій этого вопроса до послѣдняго времени никѣмъ не производилось. Только въ последнее десятилѣтіе въ западной Европѣ была сдѣлана нѣкоторыми психіатрами попытка провѣрить это сложившееся мнѣніе сравнительной статистикой на больничномъ матеріалѣ. Надо сказать что получившіеся результаты во многомъ противорѣчивы.

Въ Баваріи и Пруссіи по переписи 1871 года [1]) на 1.000.000 населенія было:

	Слѣпыхъ	Глух. нѣм.	Слабоумн.	Душ. больн.
Евангелич. вѣроисповѣд.	67	1915	2961	1772
Католическаго „	66	1883	2829	1848
Іудейскаго „	83	3305	3898	4559

Въ 1897 г. приводятся [2]) такія данныя на 100.000 населенія:

	Глухонѣмыхъ	Душевно-больныхъ
Евангелическаго вѣроисповѣданія	87	261
Католическаго „	94	250
Іудейскаго „	136	498

Въ Пруссіи, по *A. Ruppin'y*, [3]) за 1898—900 г. съ Delirium tremens въ больницахъ было 7,51% всѣхъ протестантовъ, 5,15% всѣхъ католиковъ и 1,061% всѣхъ евреевъ. *Max Sichel* [4]) изучалъ психозы евреевъ по матеріаламъ больницы для душевно-больныхъ во Франкфуртѣ на Майнѣ за 1906—1907 гг., при чемъ всѣхъ больныхъ евреевъ было у

---

[1]) *M. Kretzmer.* Ueber antrop., physiol. und pathol. Eigenthümlichkeiten der Juden. St. Pet. Med. Wochenschrift. 1901. № 19.

[2]) Реф. во Врачѣ 1897 г.

[3]) *A. Ruppin.* Die Juden der Gegenwart. Berlin. 1904. Цит. по Cheinisse'y. Le semaine medicale 1908.

[4]) *Max. Sichel.* Ueber die Geistesstörungen bei den Juden. Neur. Centrbl. 1908, № 8.

него 128 (65 м.+93 ж.), христіанъ 1825. При этомъ изученіи онъ пришелъ къ выводу, что алкогольныя формы и эпилепсія встрѣчаются у евреевъ рѣже, чѣмъ у христіанъ а маніакально-депрессивныя психозы и прогрессивный параличъ чаще. Раннее слабоуміе (Dementia praecox) сильно превалируетъ у евреевъ надъ таковымъ у христіанъ. Въ противоположность *Pilcz'y*, о которомъ ниже, *Sichel* находитъ нравственное слабоуміе особенно частымъ у евреевъ, что объясняется большимъ % Imbecillitas въ его матеріалѣ. Старческіе психозы онъ находилъ чаще у женщинъ. Наслѣдственность отмѣчена въ 43,7% у евреевъ, въ 37,3%- у не евреевъ. При Dementia paralytica въ 62,5% у евреевъ въ прошломъ былъ сифилисъ. Въ самомъ населеніи Франкфурта душевно больныхъ на 10.000 евреевъ 22, не евреевъ—21.

Вотъ табличка, взятая изъ работы Sichel'я, наглядно иллюстрирующія заболѣванія въ % отношеніи:

	Не евреи.	Евреи.
Imbecillitas, Idiotismus	5,3%	11,7%
Dementia praecox	16,6	28,1
Маніак. депрес. психозы	2,7	11,7
Dementia paralytica	8,3	12,5
Старческіе психозы	7,3	12,5
Алкогольные	32,0	1,5
Истерія	6,1	10,9
Эпилепсія	14,0	7,8
Другія формы	7,2	3,1

Bratz [1]) въ лечебницѣ Wuhlgarten около Берлина, исходя изъ той точки зрѣнія, что если дѣйствительно евреи меньше пьютъ спиртные напитки, то и эпилепсія у нихъ должна быть рѣже, выдѣлилъ изъ своего матеріала 1262 слу-

[1]) *Bratz* Zur Aetiologie der Epilepsie. Neur. Centrbl. 1908 № 22.

чая чистой эпилепсіи, въ томъ числѣ евреевъ оказалось 28 или $2^1/_2\,^0/_0$. Такъ какъ въ Берлинѣ еврейскаго населенія $10\,^0/_0$, то авторъ дѣлаетъ заключеніе, что 1) у евреевъ эпилепсія рѣже встрѣчается и 2) болѣзнь эту можетъ порождать уже одно отравленіе половыхъ продуктовъ родителей.

Meyer [1]) пишетъ: „извѣстно, что евреи склонны преимущественно къ нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ, особенно къ тѣмъ, кои развиваются на почвѣ наслѣдственно дегенеративной, а также къ періодическимъ психозамъ и др. По *Buschan*'у у нихъ будто душевныя разстройства встрѣчаются отъ 4 до 6 разъ чаще, чѣмъ у не евреевъ".

Изъ таблицы *Дюркгейма*, приложенной къ работѣ *Огроновичъ* [2]) о самоубійствахъ, видно, что въ Германіи на 1000 ч. у евреевъ душевно-больныхъ 1,44—3,37 смотря по провинціи, у католиковъ 0,68—1,76 и у протестантовъ 0,65—2,12. На 1.000.000 самоубійцъ протестантовъ отъ 113,5 до 242,0, католиковъ 40,0—170,0, евреевъ 40,0—210,0. Вообще, у евреевъ Германіи стремленіе къ самоубійствамъ чрезвычайно слабо, при сравненіи съ протестантами, наклонность къ психическому разстройству, напротивъ, велика. По новѣйшимъ даннымъ *Walder*'а изъ Handwörterbuch Conrad'а въ Берлинѣ за 1901—1907 г. покончили самоубійствомъ на 1.000.000 каждой группы: католиковъ 265, протестантовъ 316 и евреевъ 312; въ Пруссіи: 101 католикъ, 252 протестанта, 294 еврея [3]).

Въ 1902 г. въ Австріи *Pilcz* [4]), изучая періодическіе психозы, пришелъ къ убѣжденію, что они поразительно часто встрѣчаются у евреевъ. Это обстоятельство заставило его пе-

---

[1]) *Meyer*. Die Ursachen der Geisteskrankheiten 1907.

[2]) *В. Огроновичъ*. Къ вопросу о самоубійствѣ. Вѣстн. псих. крим. антропол. и медицин. 1912. Т. IX. Вып. II.

[3]) Ibid.

[4]) *Pilcz*. Sur les psychoses chez les juifs. Ann med. psych. 1912 г. Т. XV.

ресмотрѣть матеріалы вѣнской клиники. Приведенныя въ его работѣ двѣ таблички съ цифрами для сравненія касаются 134 амбулаторныхъ и 62 стаціонарныхъ больныхъ, евреевъ и евреекъ. Цыфры эти, составляя 10—11% всего матеріала клиники за 1898—901 г., конечно очень малы для категорическихъ заключеній. Неестественно большой является у него цифра для прогрессивныхъ паралитиковъ: 17 изъ 36 мужчинъ пансіонеровъ и 27 на 81 амбулаторныхъ больныхъ. Идіотизмъ, по *Pilcz*'у, встрѣчается гл. обр. у евреевъ, несмотря на слабое развитіе алкоголизма, что врядъ ли правильно. Выводы, къ которымъ пришелъ *Pilcz*, слѣдующіе: 1) всѣ психозы, въ коихъ этіологическимъ моментомъ является злоупотребленіе алкоголемъ, у евреевъ почти вовсе не наблюдаются. 2) Тѣ психозы, при которыхъ у христіанъ и у евреевъ дѣйствуютъ одни и тѣ же вредные моменты, встрѣчаются у нихъ одинаково часто. 3) Случаи Dementia praecox и D. consecutiva въ отношеніи къ острымъ психозамъ наиболѣе часто наблюдается у евреевъ. 4) Евреи даютъ огромный % тѣхъ душевныхъ разстройствъ, при которыхъ послѣ сифилиса наибольшую роль играетъ умственное напряженіе. 5) Евреи крайне предрасположены къ тѣмъ психозамъ, при которыхъ почти единственнымъ этіологическимъ моментомъ является наслѣдственное вырожденіе.

Въ отношеніи Даніи я могу привести лишь одну справку: на 1000 жителей душевно-больныхъ христіанъ приходится 3,34, евреевъ 5,85.

Во Франціи вопросомъ о нервныхъ и душевныхъ болѣзняхъ у евреевъ занялся въ 1907 г. *M. Wulfing* [1]). Этотъ авторъ пришелъ къ заключенію, что у нихъ мало органическихъ заболѣваній головного и спинного мозга, напротивъ,

---

[1]) *M. Wulfing*. Contribution à l'étude de la Pathologie nerveuse et mentale chez les anciens hébreux et dans la race juive. Thèse de Paris. 1907 г. Ref. Revue neurol. 1908 p. 131.

много функціональныхъ неврозовъ и психозовъ, особенно неврастеніи и истеріи. Какихъ-либо особыхъ формъ психозовъ у евреевъ не существуетъ. Душевныя разстройства даютъ у нихъ плохое предсказаніе. Евреи вообще очень предрасположены къ психозамъ и прогрессивному параличу особенно. Причиной этого предрасположенія являются будто браки между родственниками, трудъ интеллигентный и коммерческій и вообще дѣятельность, требующая большого умственнаго напряженія. Въ этіологіи имѣетъ, по *Wulfing*'у, также значеніе историческое прошлое народа въ смыслѣ пережитыхъ имъ гоненій, та изолированность, въ которой люди жили. *L. Cheinisse* [1]), приведя очень скудную литературу по вопросу объ употребленіи алкоголя евреями, вѣрнѣе, указавъ на мнѣнія отдѣльныхъ авторовъ на этотъ счетъ, приходитъ къ заключенію о рѣдкости у евреевъ алкоголизма; играютъ будто большую роль соціальныя условія и осторожность въ жизни, чѣмъ самая раса; иммунитета нѣтъ; алкоголизмъ наблюдается чаще у тѣхъ евреевъ, которые оставили завѣты своихъ предковъ и смѣшались съ кореннымъ населеніемъ.

Что касается Италіи, то приведу указаніе *Ломброзо* [2]), основанное на сдѣланныхъ въ свое время въ этой странѣ вычисленіяхъ согласно переписи, что „помѣшанныхъ среди евреевъ въ 4 и даже въ 5 разъ больше, чѣмъ среди ихъ согражданъ, принадлежащихъ къ другимъ національностямъ".

Въ Англіи психозы у евреевъ изучалъ *Beadles* [3]). Этимъ авторомъ въ лондонскомъ заведеніи для душевно-больныхъ прогрессивный параличъ найденъ у евреевъ въ 21% всѣхъ

---

[1]) *L. Chenisse.* La race juive jouit-elle d'une immunité à l'égard de l'alcoolisme? La Semaine medicale 1908 № 52.

[2]) *Ц. Ломброзо.* Геніальность и помѣшательство. Русск. пер. СПБ. 1905, стр. 43.

[3]) *C. Beadles.* Colney Hatch. Asylum. The journal of mental Science. Реф. во Врачѣ 1900. № 44.

поступившихъ, у не евреевъ—въ 13%. Неврастенія чаще у мужчинъ, истерія—у женщинъ. Эпилепсія рѣдка. Мужчины болѣе заболѣваютъ прогрессивнымъ параличемъ, женщины—послѣродовыми психозами. Средній возрастъ заболѣванія—37 лѣтъ у евреевъ и 36 у евреекъ, а у христіанъ 43 и для мужчинъ, и для женщинъ. Въ домахъ умалишенныхъ евреи умираютъ въ среднемъ на 45 году, еврейки на 47; христіане: на 52 мужчины и 56 женщины. Возвраты у евреевъ вдвое чаще. Послѣродовые психозы у евреекъ чаще болѣе чѣмъ 15%, противъ 6,18% у не евреекъ. Другой изслѣдователь, *Horvey Baïrd* [1]), пришелъ къ такому выводу: душевныя разстройства часты у евреевъ, и этой частотѣ приходится только поражаться. Предсказаніе для нихъ обыкновенно болѣе тяжелое, чѣмъ для христіанъ.

По *V. Trenga* [2]) на 1000 чел. евреевъ въ Алжирѣ душевно-больныхъ 3,04, между тѣмъ у родившихся также въ Алжирѣ французовъ 1,8, у испанцевъ 2,4, у итальянцевъ 2,52. Алжирскіе евреи, по наблюденіямъ этого автора, крайне склонны къ бреду величія и преслѣдованія, къ вспышкамъ возбужденія, къ экзальтаціи, къ потерѣ психическаго равновѣсія. 11,6% алжирскихъ евреевъ, оказывается,—истерики. Однако самоубійства у нихъ крайне рѣдки. Странно, что алжирскіе евреи, даже ихъ женщины, часто злоупотребляютъ спиртными напитками. Большинство алжирскихъ евреевъ, по *Trenga*,—люди выродившіеся.

Невропатологамъ и психіатрамъ, работающимъ въ разныхъ мѣстахъ Европейской Россіи, не могло не броситься въ глаза поразительно большое число нервно и душевно-больныхъ среди евреевъ. По крайней мѣрѣ на это указывается отдѣль-

---

[1]) *Horvey Baird.* Observation sur l'aliénation mentale chez les juifs. Реф. Rev. neurolog. 1911, p. 105.

[2]) *V. Trenga.* Les psychoses chez les juifs. Thèse de Montpellier. 1902 г. Реф. Rev. neur. 1904, p. 145.

ными авторами, но сравнительно-статистическаго матеріала кажется совсѣмъ нѣтъ въ печати. „Изъ народовъ, живущихъ въ Россіи, наибольшее предрасположеніе къ нервнымъ и душевнымъ заболѣваніямъ представляютъ евреи", говоритъ, напр., *Вл. Сербскій* [1]); въ Москвѣ „Наивысшую заболѣваемость даютъ евреи", пишетъ кіевскій психіатръ проф. *И. Сикорскій* [2]). „Если мы, продолжаетъ *Сикорскій*, согласно съ разсчетомъ, употребляемымъ антропологами, примемъ наименьшую цифру за 100, то относительная заболѣваемость по народностямъ выразится въ слѣдующихъ цифрахъ: русскіе 100, поляки 101, магометане 116 [3]), евреи 241. Д-ръ *Сланскій* [4]), изучавшій эпилепсію на матеріалѣ Уяздовскаго военнаго госпиталя, говоритъ слѣдующее: „у евреевъ, дающихъ значительный % прочихъ неврозовъ, преимущественно истерію, эпилепсія встрѣчается лишь въ видѣ рѣдкихъ единичныхъ случаевъ. Дѣйствительно, по роду своихъ занятій евреи сравнительно рѣдко подвергаются травмамъ; алкоголь и сифилисъ имѣютъ среди нихъ лишь слабое распространеніе, грубое обращеніе съ дѣтьми почти отсутствуетъ; такимъ образомъ ослабляется въ значительной степени вліяніе наиболѣе частыхъ условій, благопріятствующихъ развитію эпилепсіи". По словамъ *Огроновича* [5]), въ Россіи евреи даютъ minimum самоубійствъ—0,36 на 1000, а православные 0,96; евреевъ алкоголиковъ 0,80%, православныхъ 10,88; супружскій распадъ у евреевъ 26%, у православныхъ 7,94. По мнѣнію *Огроновича* причиной меньшаго количества самоубійствъ у евреевъ является закаленность характера, отсутствіе безработицы,

---

[1]) *В. Сербскій*. Судебная психопатологія. Вып. II. Москва 1900, ст. 162,

[2]) *И. Сикорскій*. Основы теор. и клиническ. психіатріи. Кіевъ 1910. стр. 415.

[3]) Рѣчь идетъ, очевидно, о татарахъ Европейской Россіи.

[4]) *Сланскій*. Объ испытаніи страдающихъ падучей болѣзнью. Русскій Врачъ 1907. № 30.

[5]) *Огроновичъ*. Op. cit.

взаимопомощь и пр. *А. Виршубскій* въ г. Вильнѣ встрѣтилъ среди алкоголиковъ лишь 3% евреевъ, да и то только мужчинъ, хотя Вильна, какъ извѣстно, имѣетъ въ своемъ населеніи огромный % евреевъ. На одесскихъ лиманахъ, по вычисленію *О. Мочутковскаго* [1]), табетиковъ русскихъ было 73, 9%, евреевъ 12,5%; послѣдній % малъ, если принять во вниманіе, что въ этотъ курортъ евреи стекаются на леченіе со всѣхъ концовъ Россіи, какъ въ излюбленное ими мѣсто. О „семейномъ амавротическомъ идіотизмѣ" у дѣтей—болѣзни, свойственной будто почти исключительно евреямъ, писали *Лазаревъ* [2]), *Гигіеръ* [3]) въ Варшавѣ и др. Болѣзнь развивается, какъ извѣстно, у совершенно здоровыхъ дѣтей на первомъ году жизни, ведетъ при общемъ параличѣ и атрофіи зрительныхъ нервовъ быстро къ смерти. Многіе смотрятъ на эту болѣзнь, какъ на своеобразное проявленіе дегенераціи...

Я не могу входить здѣсь во всѣ детали этіологіи нервныхъ и душевныхъ болѣзней у евреевъ. Она та же, что и у другихъ народностей. На почвѣ невропатической наслѣдственности внѣшнія вредныя вліянія какого бы то ни было рода (нравственныя потрясенія, физическія травмы или предшествующія инфекціи (сифилисъ, брюшной тифъ), или аутоинтоксикація, или просто отравленія разнаго рода ядами (алкоголя и пр.) даютъ ту или иную форму нервнаго или душевнаго заболѣванія. Оттѣнены могутъ быть здѣсь лишь частности, имѣющія интересъ именно въ отношеніи евреевъ.

Дѣти у евреевъ находятъ къ себѣ очень сердечное отношеніе, рѣдко можно видѣть, чтобы родители били своихъ дѣтей. Такимъ образомъ, если существуетъ предрасположеніе къ заболѣванію нервной системы,—оно можетъ находить себѣ

---

[1]) *О. Мочутковскій.* Клинико-статистическое изслѣдованіе спинной сухотки. СПБ. 1899, стр. 3.

[2]) Врачебная газета 1907, 1—2.

[3]) Neur. Centrbl. 1909.

нѣкоторое противодѣйствіе въ семейныхъ отношеніяхъ. Однако съ возрастомъ постепенно накопляются вредныя вліянія. Такъ, напр., евреи начинаютъ учиться уже въ 5—6 лѣтъ у учителя-меламеда еврейскому чтенію и письму, а также Талмуду. Ученіе происходитъ или въ школѣ, или на дому; въ томъ и другомъ случаѣ слишкомъ часто въ крайне негигіенической, неудобной обстановкѣ; ученіе состоитъ въ зубреніи, легко истощающемъ вниманіе и память. Для профессіи меламеда, а ихъ среди евреевъ множество, избираются лица самыя слабыя и неспособныя къ торговлѣ—дѣлу, считаемому болѣе труднымъ. Эти учащіеся на меламеда даютъ большой % неврастениковъ и истериковъ, хореиковъ и заикъ. Дѣвочки учатся меньше, но и онѣ порядочно истощаются раннимъ непосильнымъ обученіемъ. Въ юношескомъ возрастѣ къ нервной системѣ предъявляется много требованій, приходится устраивать свою будущность, усиленно работать въ качествѣ начинающаго ремесленника или торговца и пр. Затѣмъ наступаетъ трудная для большинства людей, а для евреевъ особенно, борьба за существованіе. И вотъ неудачныя торговыя предпріятія, гоненія преслѣдованія, оскорбленія, матеріальныя недостатки и др. невзгоды даютъ начало тяжелому неврозу или психозу. У женщинъ ранніе браки и частые роды, а еврейки, какъ извѣстно, очень многодѣтны, не говоря уже о разныхъ житейскихъ неудачахъ, истощаютъ и безъ того нестойкую нервную систему. Вообще жизнь съ ея треволненіями, заботами, трудомъ и борьбой предъявляетъ столько требованій къ нервной системѣ евреевъ, что въ молодомъ возрастѣ отъ чрезмѣрнаго напряженія умственныхъ способностей при тяжелой наслѣдственности легко развивается Dementia praecox, а въ старческомъ Dementia senilis.

Многіе евреи питаются всю жизнь чуть-ли не однимъ хлѣбомъ и селедкой и только въ пятницу и субботу столъ нѣсколько улучшается. Естественно, что среди евреевъ громадный % малокровныхъ, истощенныхъ, слабосильныхъ.

Чтобы появилась неврастенія или истерія, требуется очень немного, достаточно простого нравственнаго потрясенія.

Курящихъ среди евреевъ въ 20-мъ возрастѣ 20%, въ 40-мъ около 60%.

На 500 евреевъ 21—23 лѣтъ не оказалось вовсе пьющихъ спиртные напитки, если не говорить объ исключительныхъ случаяхъ субботняго выпиванія нѣкоторыми рюмки водки. Около казенныхъ винныхъ лавокъ евреевъ совсѣмъ не видно. Пьяныхъ евреевъ на улицахъ даже такихъ городовъ, какъ Варшава, можно встрѣтить крайне рѣдко. Уже это обстоятельство дѣлаетъ понятнымъ отсутствіе или рѣдкость у нихъ алкогольной эпилепсіи, заболѣваній односторонними слуховыми галлюцинаціями потаторовъ, алкогольнымъ полиневритомъ; менѣе часты гемиплегіи и пр. На амбулаторные пріемы евреи совсѣмъ не приходятъ лечиться отъ алкоголизма, напр. гипнозомъ.

Сифилисъ въ 21—23 лѣтнемъ возрастѣ встрѣчается не чаще, какъ въ 0,5%, у 25 лѣтнихъ—1—2%. Сифилисъ дѣйствуетъ на мозгъ евреевъ крайне пагубно и въ пожиломъ возрастѣ даетъ прогрессивный параличъ, какъ нѣкоторые утверждаютъ, даже чаще, чѣмъ у христіанъ. (?!).

Рубцы на черепѣ имѣются въ 50%, если считать и мелкіе, видимые глазомъ, но значеніе ихъ въ этіологіи нервной или душевной болѣзни остается б. ч. не выясненнымъ. Слѣды пролома черепа не чаще, какъ 1:600; у испытуемыхъ въ нервномъ или душевномъ разстройствѣ 1—2%. Парша встрѣчается въ 5% у здоровыхъ евреевъ; сомнительно, чтобы она играла роль въ этіологіи неврозовъ и психозовъ.

Евреи не проявляютъ тѣхъ подчасъ дикихъ суевѣрій въ отношеніи нервныхъ и душевныхъ болѣзней, какія наблюдаются и понынѣ нерѣдко у крестьянъ-поляковъ, русскихъ и др. Знахари у евреевъ не играютъ роли. За то въ Царствѣ Польскомъ нѣкоторые „цадики“ пользуются большимъ почетомъ: они занимаются не только чтеніемъ молитвъ, благосло-

веніемъ въ коммерческихъ предпріятіяхъ, но и лѣченіемъ такихъ болѣзней и пороковъ, при которыхъ медицинская наука оказалась безсильной. Должность цадиковъ наслѣдственна. Одинъ цадикъ живетъ, напр., въ окрестностяхъ Варшавы, въ посадѣ Гора-Кальварія. Онъ не пользуется большимъ престижемъ въ глазахъ евреевъ, но къ отцу его умершему лѣтъ 6—7 назадъ, стекались сотни людей обоего пола за благословеніемъ и совѣтами; въ этой массѣ, говорятъ, было очень много паралитиковъ, нѣмыхъ, глухихъ, припадочныхъ и разныхъ другихъ калѣкъ, а также безплодныхъ женщинъ, которымъ грозилъ по еврейскимъ законамъ разводъ. Тѣмъ не менѣе настоящая врачебная наука у евреевъ въ большомъ почетѣ и къ врачамъ они обращаются весьма охотно. Они вообще любятъ лѣчиться, а на дому особенно; послѣднее дешевле стоитъ и имъ удобнѣе. Врачебныя предписанія исполняются ими въ точности.

Насколько я могъ убѣдиться изъ бесѣдъ съ врачами, широко практикующими среди евреевъ или имѣющими большіе амбулаторные пріемы въ варшавскихъ больницахъ, особенно много обращаются за помощью съ неврастеніей или истеріей; осенью появляются невриты, гл. об. Ischias и невралгіи. Зажиточные охотно помѣщаютъ своихъ нервно-больныхъ въ заграничные санаторіи, душевно-больныхъ въ психіатрическія лечебницы Германіи, Австріи или Франціи.

Богатый матеріалъ по невропатологіи евреевъ проходитъ черезъ нервное отдѣленіе еврейской больницы въ г. Варшавѣ. Я прилагаю здѣсь таблицу этого матеріала, составленную по офиціальнымъ отчетамъ больницы за 3 года; ихъ любезно предоставилъ мнѣ инспекторъ городскихъ больницъ въ г. Варшавѣ П. А. Троицкій.

Нервное отдѣленіе Варшавской еврейской больницы.

Формы заболѣванія:	Поступило:									
	19 11		19 10		19 09		Итого.		%	
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
1) Орган. бол. голов. мозга	81	53	37	35	56	28	174	116	29,2	14,9
— — спин. мозга	74	64	25	23	25	20	124	109	15,7	14,1
Смѣшанныя заболѣванія.	7	15	37	26	28	19	72	60	9,3	7,8
2) Нервныя болѣзни:										
Болѣзни периф. нервн. сис.	49	35	28	30	36	25	113	90	14,4	11,6
Эпилепсія.	20	8	17	11	8	12	45	31	5,7	4,0
Истерія и неврастенія	45	86	33	50	45	83	123	219	15,7	28,3
Прочія болѣзн. нервн. сист.	36	38	55	53	42	58	133	149	6,9	19,3
Итого. . . .	312	299	232	228	240	245	784	774		

Въ таблицѣ прежде всего бросаются въ глаза большія цифры у мужчинъ органическихъ заболѣваній, особенно головного мозга, а у женщинъ функціональныхъ неврозовъ.

На весь невропатологическій матеріалъ въ 1558 ч. приходится органическихъ болѣзней головного или спинного мозга или того и другого одновременно 655 или 42%. За неимѣніемъ статистики по отдѣльнымъ болѣзнямъ и соотвѣтствующей таблицы по народностямъ я не могу останавливаться здѣсь подробно на вопросѣ о частотѣ той или иной формы заболѣванія въ сравненіи съ христіанами, долженъ ограничиться общими замѣчаніями. Наиболѣе обыкновенной болѣзнью головного мозга въ пожиломъ и старческомъ возрастѣ у евреевъ является гемиплегія отъ кровоизліянія или тромбоза сосудовъ. Изъ частной бесѣды съ д-ромъ *Флатау*, много лѣтъ завѣдующимъ нервнымъ отдѣленіемъ этой еврейской

больницы, я убѣдился, что уже отмѣчавшаяся мною въ печати большая распространенность опухолей головного и спинного мозга у евреевъ при сравненіи съ христіанами находитъ подтвержденіе и въ его наблюденіяхъ; въ отдѣленіи названной больницы, предназначенномъ на 80 мѣстъ, всегда имѣется одинъ или нѣсколько человѣкъ съ опухолью центральной нервной системы. Эта повышенная заболѣваемость нервной системы опухолями, какъ надо полагать, зависитъ въ извѣстной степени отъ плохого питанія евреевъ и, стало быть, легкой истощаемости и меньшей сопротивляемости ея. Сифилитическія и парасифилитическія пораженія головного мозга тоже очень часты въ матеріалѣ нервнаго отдѣленія еврейской больницы.

Преобладаніе органическихъ болѣзней спинного мозга у мужчинъ надъ таковыми у женщинъ обусловливается, вѣроятно, гл обр. болѣе частымъ заболѣваніемъ мужчинъ Tabes dorsalis. Неоднократно указывалось въ печати, что Tabes у евреевъ наблюдается рѣже, чѣмъ у христіанъ. Въ еврейской больницѣ лѣчится много больныхъ отъ Tabes'a, но $^0/_0$ отношеніе къ здоровому населенію неизвѣстно. На улицахъ такого изобилующаго евреями города, какъ Варшава ($35^0/_0$), невольно поражаетъ, что если мы встрѣчаемъ табетика, то это обыкновенно полякъ и рѣдко еврей. Tabes по походкѣ болѣзнь слишкомъ очевидная на глазъ невропатолога, поэтому излишне отрицать значеніе такого простого наблюденія. Міэлитъ у больныхъ еврейской больницы явленіе не рѣдкое, вѣроятно и у евреевъ эта болѣзнь приблизительно въ $50^0/_0$ сифилитическаго происхожденія. Бросается въ глаза частота бокового, а также множественнаго склероза. Встрѣчаются, конечно, случаи сиринго-міэліи и др. формы. Утверждаютъ, что чахоткой легкихъ евреи болѣютъ рѣже христіанъ, однако туберкулезъ позвоночника, судя по матеріаламъ еврейской больницы—явленіе довольно заурядное. По моимъ наблюденіямъ надъ солдатами туберкулезный менингитъ рѣже встрѣчается у евреевъ, чѣмъ у русскихъ.

На функціональные неврозы—неврастенію и истерію приходится 22% всего матеріала. Съ неврастеніей поступаютъ не часто въ нервное отдѣленіе еврейской больницы потому, что по бѣдности этого рода больные принуждены бываютъ продолжать нести свою обычную работу, и если уже надо лечиться, то дѣлаютъ это амбулаторно. Истериковъ множество среди евреевъ, но и они неохотно идутъ въ больницу. Эпилепсія будто чаще, чѣмъ думаютъ, и даже это очень распространенная болѣзнь. Если мать приходитъ съ ребенкомъ въ нервное отдѣленіе больницы за совѣтомъ, то обыкновенно по поводу припадковъ конвульсій. Часты случаи хореи, нерѣдка Базедова болѣзнь, къ сожалѣнію, у меня нѣтъ цифровыхъ свѣдѣній.

Что касается заболѣваній периферической нервной системы, то на первомъ мѣстѣ стоятъ невриты и невралгіи сѣдалищнаго нерва и параличи n. facialis. Невриты обыкновенно простуднаго или токсическаго происхожденія, напр. послѣ дифтерита. Алкогольные почти не встрѣчаются

Не могу кстати не указать, что лечебное дѣло въ нервномъ отдѣленіи Варшавской еврейской больницы поставлено по послѣднему слову науки въ смыслѣ гидротерапіи, электротерапіи, механотерапіи и т. д. Во главѣ дѣла стоятъ опытные спеціалисты.

Мои личныя наблюденія по невропатологіи евреевъ основаны гл. обр. на изслѣдованіи солдатъ-евреевъ, которыхъ ежегодно проходитъ черезъ нервное отдѣленіе Варш. Уяздовскаго военнаго госпиталя огромное количество [1]).

Въ настоящей работѣ я ограничусь призывными евреями поступающими въ это отдѣленіе ежегодно отъ 130 до 300 ч. изъ разныхъ мѣстъ Ц. П. на испытаніе пригодности къ военной службѣ. Этотъ матеріалъ рѣзко отличается отъ выше-опи

[1]) *Э. Эриксонъ.* Матеріалы по нервному отдѣленію Варш. Уяздовскаг военн. госпиталя. Мед. Сб. Варш. У. госпиталя 1910 г.

саннаго еврейской больницы. Испытуемые—все люди молодые, почти одного возраста—21-23 лѣтъ, когда уже въ силу этого органическія заболѣванія нервной системы встрѣчаются рѣдко, а функціональные неврозы, напротивъ, часто. Этотъ матеріалъ до извѣстной степени искуственно складывается. Такъ, при наборѣ новобранцевъ неврастенія остается часто безъ особаго вниманія, съ нею мало считаются, одержимые ею могутъ служить, напротивъ, заиканіе, падучая болѣзнь или истерія нетерпимы въ войскахъ, и этихъ лицъ почти всѣхъ отправляютъ въ госпиталь на испытаніе. Тяжелыя органическія заболѣванія нервной системы, ясныя сразу, если не съ детальной клинической стороны, то во всякомъ случаѣ въ смыслѣ соотвѣтствія статьямъ оффиц. расписанія болѣзней исключающимъ возможность отбытія воинской повинности, дѣлаютъ излишнимъ отправлять больныхъ изъ Воинскихъ Присутствій въ госпиталь на испытаніе, и вопросъ рѣшается на мѣстѣ. Тѣмъ не менѣе въ госпиталѣ скопляется матеріалъ интересный и поучительный именно для сравненія болѣзней христіанъ (поляковъ по преимуществу) и евреевъ изъ Ц. П.

Прилагаемая таблица II даетъ наглядное представленіе о характерѣ заболѣваній въ этомъ матеріалѣ за 2 года.

Нервное отдѣленіе Варшавскаго Уяздовскаго военнаго госпиталя

		Поляки и др. христ.				Евреи.			
		1910	1911	Итого.	%	1910	1911	Итого.	%
1	Неврастенія.	30	40	70	16,9	25	30	55	17,5
2	Истерія.	18	15	33	8,0	21	24	45	14,3
3	Истеро-эпилепсія.	12	13	25	6,1	10	12	22	7,0
4	Эпилепсія.	10	13	25	6,1	5	4	9	2,8
5	Заиканіе.	31	49	80	19,4	11	30	41	13,0

		Полйки и др. христ.				Евреи.			
		1910	1911	Итого.	%	1910	1911	Итого.	%
6	Хорея.	—	3	3	—	1	5	6	1,9
7	Міоклонія.	—	—	—	—	1	—	1	—
8	Torticollis.	—	—	—	—	1	1	2	—
9	Enuresis nocturna	—	—	—	—	—	1	1	—
10	Глухонѣмота	—	—	—	—	1	—	1	—
11	Зобатость.	—	—	—	—	—	2	2	—
12	Базедова болѣзнь.	—	3	3	—	—	—	—	—
13	Психическія разстройства.	11	10	21	5,1	13	10	23	7,3
14	Hemiplegia org.	—	1	1	—	1	1	2	—
15	Monoplegia org.	1	—	1	—	—	—	—	—
16	Sclerosis lateralis	—	1	1	—	1	—	1	—
17	Myelitis	—	—	—	—	—	1	1	—
18	Syringomyelia.	—	—	—	—	1	—	1	—
19	Spondylosis.	—	—	—	—	1	1	2	—
20	Paralysis n thoracic.	—	—	—	—	1	1	2	—
21	— n. facialis.	1	1	2	—	5	1	6	1,9
22	Neuritis.	—	2	2	—	—	5	5	1,6
23	Прогрес. м. атрофія	3	—	3	—	—	—	—	—
24	Атрофія м. конечн.	—	—	—	—	2	—	2	—
25	Рубцы мѣст. носить волокной уборъ.	—	4	4	—	1	—	1	—
26	Рубцы и атроф. м. конечн.	—	4	4	—	—	1	1	—
27	Искуств. пар. лѣвой руки.	—	—	—	—	5	5	10	—
28	Искусств. контр. въ лѣв. локтѣ (рубецъ)	—	—	—	—	1	—	1	—

		Поляки и др. христ.				Евреи.			
		1910	1911	Итого.	%	1910	1911	Итого.	%
29	Симуляція контрактур.	—	1	1	—	2	—	2	—
30	Соматическіе больные	16	15	31	7,5	10	20	30	9,5
31	Оказались здоровыми.	44	58	102	24,7	10	29	39	21,4
	Итого. . . .	178	233	412		130	184	314	

Среди большого числа неврастениковъ можно наблюдать всѣ разновидности невроза по преобладанію того или иного симптомокомплекса. Причиной болѣзни послѣ дегенераціи на первомъ мѣстѣ стоитъ какая нибудь соматическая болѣзнь, какъ и у христіанъ.... Другая причина неврастеніи, а также и истеріи—это нравственная травма отъ пріема на военную службу. Евреи въ огромномъ большинствѣ случаевъ относятся къ военной службѣ съ такой ненавистью, что у принятыхъ развивается крайне легко острый функціональный неврозъ или даже психозъ, особенно при слабомъ тѣлосложеніи. Въ этомъ значеніи нравственной травмы приходится убѣждаться именно военнымъ врачамъ. Сплошь да рядомъ сильнѣйшая неврастенія, какъ и истерическіе судорожные припадки или психозъ, поразительно быстро исчезаютъ вслѣдъ за признаніемъ человѣка негоднымъ къ военной службѣ. У призывныхъ неврастениковъ поражаетъ обиліе жалобъ всякаго рода, берущихъ начало, какъ въ свойствахъ самого невроза, такъ и въ нежеланіи служить и повидимому, въ томъ тревожно-мнительномъ характерѣ, который бываетъ обыкновенно рѣзко выраженъ и у здоровыхъ евреевъ. У новобранцевъ развитіи неврастеніи предшествуетъ нерѣдко голоданіе. Такъ какъ евреи ѣдятъ пищу опредѣленнаго рода (кошерное мясо и пр.), то

попавъ въ условія христіанскаго стола, они перестаютъ правильно кормиться, иные теряя аппетитъ изъ-за религіозныхъ предразсудковъ, голодаютъ по 4—5 дней, т. ч. при всей ихъ поразительной выносливости къ голоду у нихъ развивается упадокъ питанія и малокровіе, и появляются уже, какъ послѣдствіе истощенія нервной системы, неврастенія, истерія, психастенія, иногда ступоръ и т. д. Бросается въ глаза полное отсутствіе у призывныхъ евреевъ въ этіологіи неврастеніи алкоголизма и сифилиса, въ противоположность русскимъ солдатамъ.

У призывныхъ евреевъ, проходящихъ черезъ нервное отдѣленіе Варшавскаго Уязд. в. госпиталя послѣ неврастеніи самая обыкновенная болѣзнь истерія, которая протекаетъ обыкновенно въ видѣ припадковъ общихъ конвульсій. Много поступаетъ истериковъ просто съ патологическимъ, т. н. истерическимъ складомъ характера и съ припадками больше мѣстныхъ, чѣмъ общихъ конвульсій. Контрактуры и параличи въ общей цифрѣ истеріи наблюдаются примѣрно въ 8%, мѣстныя дрожанія, (напр. руки, головы) или общій tremor, или подергиванія въ видѣ тиковъ, какъ частичные симптомы астеріи, встрѣчаются въ 5—8%. Истерики даютъ значительный % т. наз. симулянтовъ, предъявляющихъ мнимую контрактуру обыкновенно на правой сторонѣ, упорныя жалобы на невралгіи даже съ крикомъ, стонами, оханьемъ, на обмороки и т. д. Это обстоятельство, кстати сказать, затрудняетъ иногда правильное опредѣленіе границъ патологіи и мѣшаетъ безпристрастному рѣшенію вопроса о способности къ отбытію воинской повинности испытуемаго.

На матеріалѣ нервнаго отдѣленія Варшавскаго госпиталя особенно легко убѣдиться, что эпилепсія у евреевъ—болѣзнь положительно болѣе рѣдкая, чѣмъ у христіанъ, а истерія наоборотъ. Въ падучей испытывается почти $^1/_2$ всѣхъ присылаемыхъ призывныхъ безъ различія національности, при чемъ значительная часть оказывается не падучными, особенно ев-

реевъ. Весьма обычное явленіе, что у нихъ истерія принимается за падучую, пока врачъ лично не увидитъ припадка. У дѣйствительныхъ эпилептиковъ въ массѣ испытуемыхъ встрѣчаются всѣ формы, при чемъ истеро-эпилепсія и атипическіе случаи у евреевъ вообще чаще, чѣмъ у христіанъ. У испытуемыхъ въ падучей христіанъ, поляковъ по преимуществу, чистая форма эпилепсіи оказывается въ 35—40%, у евреевъ не болѣе какъ въ 8—10%, словомъ въ 3—4 раза рѣже. Въ самомъ населеніи Ц. П. у мужчинъ призывного возраста эпилепсія встрѣчается, по моимъ изслѣдованіямъ, 1 : 250 чел. Если мы выдѣлимъ евреевъ въ отдѣльную группу, то у нихъ эта болѣзнь не чаще, какъ 1 : 400.

Принимая во вниманіе обиліе дегенеративныхъ типовъ среди евреевъ, слѣдовало бы ожидать, что у нихъ заикъ будетъ больше, чѣмъ у христіанъ. Вопреки ожиданію нашъ матеріалъ не подтверждаетъ такого предположенія, а именно, заикъ евреевъ оказалось 13,0% поляковъ и др. 19,4% общей цифры испытуемыхъ нервнаго отдѣленія за 2 года. И это не есть явленіе случайное, т. к. заиканье при наборѣ призывныхъ сразу бросается въ глаза, и въ госпиталь направляютъ больныхъ, не руководясь однимъ заявленіемъ человѣка о разстройствѣ рѣчи, какъ напр. дѣлается это при падучей или истеріи. Евреевъ должно было бы быть больше потому, что къ нимъ при наборѣ относятся въ виду частой симуляціи еще съ большимъ вниманіемъ и строгостью, чѣмъ къ христіанамъ. Въ Ц. П. въ мужскомъ населеніи призывного возраста, по моимъ вычисленіямъ, на 9813 чел. 38 заикъ, или 1 мужчина заика на 258 чел. безъ различія національности; выдѣленіе евреевъ въ отдѣльную группу, вѣроятно, мало бы измѣнило эту цифру. Быть можетъ большая эмоціональная гибкость и прирожденная легкость, съ которой евреи обучаются языкамъ, оказываютъ нѣкоторое препятствіе къ развитію у нихъ заиканія.

Міоклонія и хорея у евреевъ кажется чаще, чѣмъ у христіанъ, но я не могу подтвердить сказаннаго цифрами.

Принимая во вниманіе частоту дегенераціи у евреевъ, слѣдовало бы ожидать сравнительно большой $^0/_0$ съ ночнымъ недержаніемъ мочи. Однако нашъ матеріалъ не подтверждаетъ этого. У русскихъ изъ крестьянъ, призванныхъ на военную службу, недержаніе мочи наблюдается положительно чаще, вѣроятно, отчасти вслѣдствіе бывшаго недостаточнаго, ухода и плохого обученія въ дѣтствѣ.

Изъ органическихъ болѣзней центральной нервной системы на первомъ мѣстѣ стоятъ обыкновенно полупарезы или полупараличи. Это остатки отъ перенесенной въ дѣтствѣ болѣзни головного мозга или его оболочекъ и рѣдко послѣдствія бывшаго кровоизліянія. На 10 гемиплегій въ возрастѣ 21—23 по крайней мѣрѣ 9 истерическаго происхожденія, въ возрастѣ 40 л.—наоборотъ. Опухоли мозга среди испытуемыхъ евреевъ не чаще какъ 1 : 400. Болѣзни спинного мозга встрѣчаются, какъ видно изъ таблицы, единицами.

Невриты обыкновенно простудного (Ischias) или инфекціоннаго происхожденія или являются слѣдствіемъ травмы. Ischias среди призывныхъ не частъ вѣроятно вслѣдствіе ихъ молодого возраста.

Изъ периферическихъ параличей у евреевъ призывныхъ, если взять цифры за многіе годы, рѣзко преобладаютъ Paralysis n. facialis, потомъ идутъ: Paralysis n. radialis, n. peronei и др.

Только изслѣдованіе въ госпиталѣ ежегодно большого числа евреевъ выяснило существованіе у нихъ особой формы искуственнаго паралича лѣвой верхней конечности вслѣдствіе ношенія ими молитвеннаго ремня—тефиллина. *) Слу-

*) *Э. Эриксонъ.* Значеніе тефиллина въ развитіи паралича руки у евреевъ. Воен. Мед. Журн. 1911, кн. XI.

чаевъ этого паралича было на 314 чел. за 2 года 10, на 600 ч. за 3 года 15. За 8 лѣтъ службы моей въ госпиталѣ я наблюдалъ его разъ 30. При скрываніи цѣли болѣзни—членовредительства ради уклоненія отъ воинской повинности не разъ даже извѣстными невропатологами болѣзнь принималась ошибочно за ангіоневрозъ...

Мнѣ-бы хотѣлось еще отмѣтить бо́льшее распространеніе паралича n. thoracisi среди евреевъ, чѣмъ среди христіанъ. Съ этой болѣзнью обращаются къ частнымъ врачамъ и въ больницы рѣдко, т. к. она мало безпокоитъ человѣка и часто даже не замѣчается имъ. Страдающій Paresis n. thoracisi dextri часто считаетъ себя только лѣвшей. При поголовномъ осмотрѣ людей во время призыва у этихъ больныхъ находятъ обычные симптомы: рѣзкое отстояніе лопатки при движеніи руки впередъ, затрудненіе поднятія ея выше горизонтальной линіи и т. д. Въ Воинскихъ присутствіяхъ возникаетъ вопросъ, могутъ-ли такіе люди дѣлать ружейные пріемы и гимнастику, а потому они направляются въ госпиталь. Параличъ оказывается въ 3 раза чаще на правой сторонѣ, чѣмъ на лѣвой и въ 4 раза чаще у евреевъ, чѣмъ у поляковъ, рядомъ живущихъ. Быть можетъ, причиной болѣзни служитъ сдавленіе нерва при работѣ портныхъ, сапожниковъ и пр., каковыми часто являются евреи, тѣмъ болѣе при слабомъ тѣлосложеніи и легкой доступности нерва для травмъ всякаго рода.

Душевно-больные переводятся обыкновенно изъ нервнаго отдѣленія госпиталя въ психіатрическое, и о нихъ рѣчь будетъ ниже.

Для ознакомленія съ психозами у евреевъ вполнѣ естественнымъ является воспользоваться матеріалами отдѣленія для душевно-больныхъ Варшавской еврейской больницы. Я привожу здѣсь табличку распредѣленія душевно-больныхъ, поступившихъ въ нее на леченіе по формамъ заболѣванія, составленную мною по оффиц. отчетамъ, любезно предостав-

лепнымъ въ мое распоряженіе д-ромъ П. А. Троицкимъ. Психіатрическое отдѣленіе устроено на 100 мѣстъ. Значительное большинство поступаетъ въ эту больницу изъ Варшавы, остальные почти исключительно изъ разныхъ губерній Ц. П.; въ мѣсяцъ прибываетъ 5—17 чел., въ годъ отъ 84 до 139, лѣтомъ нѣсколько меньше чѣмъ зимой. Наименьшее число больныхъ въ отдѣленіи 117, наибольшее 146 (за 1909—1911 г.). Вовсе неграмотныхъ 25%, чаще женщины, большинство съ низшимъ образованіемъ—60%, мало со среднимъ и совсѣмъ нѣтъ съ высшимъ. Послѣднее объясняется тѣмъ, что лица съ высшимъ образованіемъ имѣютъ обыкновенно средства лечиться въ болѣе благоустроенныхъ психіатрическихъ заведеніяхъ края или чаще заграницей. По семейному положенію больныхъ отдѣленія большая часть безбрачныхъ (52%). Возрастъ поступающихъ 15—25 л.; старше 45 л. мало. Если сравнить мужчинъ и женщинъ, то послѣднія въ возрастѣ 25—35 л. заболѣваютъ чаще мужчинъ. Это какъ бы вполнѣ согласуется съ указаніемъ нѣкоторыхъ заграничныхъ авторовъ о частотѣ среди евреекъ послѣродовыхъ психозовъ. Продолжительность болѣзни до поступленія въ отдѣленіе выяснить обыкновенно не удается, т. к. большая часть больныхъ поступаетъ безъ всякихъ данныхъ о прошломъ или съ неточными свѣдѣніями. Приблизительно 20% проводитъ въ отдѣленіи болѣе 1 года. Покушеній на самоубійство бываетъ въ годъ отъ 0 до 4, нападеніе другъ—на—друга и на прислугу—явленіе частое, еще чаще разрываніе платья и бѣлья, битье посуды.

Хотя вслѣдствіе недостатка мѣстъ при пріемѣ больныхъ предпочтеніе отдается проявляющимъ острые симптомы, однако, просматривая табличку III поступленій съ душевными заболѣваніями за 3 года, поражаешься бѣдностью отдѣла острыхъ психозовъ и богатствомъ хроническихъ, собственно періодическихъ (36,5) и Dementia praecox съ подраздѣленіями; тѣ и другіе вмѣстѣ взятые составляютъ 71.3% общей

Отдѣленіе душевно больныхъ Варшавской Еврейской больницы.

№	Формы болѣзней.	ПРИБЫЛО.											
		1911		1910		1909		Итого.			%		%
		м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	всего.	м.	ж.	всего.
I	Острые психозы:												
	Меланхолія	—	4	—	—	—	1	—	5	5			
	Острая спутанность (Amentia)	—	—	—	1	—	—	—	1	1			
	Острая параноя	—	—	—	—	1	—	1	—	1			
	Delirium infectiosum.	1	—	1	—	—	1	2	1	3			
II	Хрон психозы и состоянія вырожденія:												
	Хроническая параноя	—	—	—	—	—	1	—	1	1			
	Dementia praecox hebephrenica	13	16	11	10	15	11	39	37	76	17,7	29,1	21,9
	— — paranoides	9	3	6	2	4	1	19	6	25	8,6	4,7	7,2
	— — katatonica	7	2	4	—	4	2	15	4	19	6,9	3,1	5,7
	Періодическіе психозы.												
	маніакально-депрессивные.	27	26	28	14	27	5	82	45	127	37,3	35,4	36,6
	Дегенеративныя состо..												
	психозы навязчивыхъ состояній	—	1	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—
	резонирующее помѣшательство	1	4	—	1	—	—	1	5	6	—	—	—
	бредовыя состоянія дегенерантовъ	—	—	4	—	—	—	4	—	4	—	—	—
III	Невропатическіе психозы:												
	психическіе эквиваленты эпилепсіи	4	2	2	—	5	—	11	2	13	5,0	1,7	4,0
	затяжные истерическіе психозы	—	2	—	4	—	—	—	6	6	—	—	—

Отдѣленіе душевно больныхъ Варшавской Еврейской больницы.

№	Формы болѣзней.	ПРИБЫЛО.											
		1911		1910		1909		Итого.			%		%
		м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	м.	ж.	всего.	м.	ж.	всего.
IV	Токсическіе психозы												
	алкогольный бредъ.	1	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
V	Органическіе психозы:												
	прогрессивный параличъ	7	1	12	—	6	—	25	1	26	11,4	0,8	7,5
	старческое слабоуміе	—	—	1	—	1	—	2	—	2	—	—	—
	артеріосклерозъ головного мозга	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
	сифилисъ мозга	—	1	1	—	1	—	2	1	3	—	—	—
	травматическій психозъ на почвѣ орган. заб. гол. мозга.	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—
VI	Состояніе психическаго недоразвитія:												
	идіотизмъ	2	2	2	—	—	—	4	2	6	—	—	—
	тупоуміе.	—	1	—	4	3	2	3	7	10	—	—	—
VII	Случаи невыясненные.	1	1	—	—	6	1	7	2	9	—	—	—
	Итого. . .	73	66	74	36	73	25	220	127	347			

цифры поступленій. При нынѣ господствующей классификаціи душевныхъ болѣзней Dementia praecox въ разныхъ ея проявленіяхъ въ христіанскихъ псих. лечебницахъ составляетъ 15—25% всѣхъ больныхъ. Въ еврейской больницѣ раннее слабоуміе наблюдается, какъ видно, чаще. Это совершенно

соотвѣтствуетъ тому, что замѣчали нѣкоторые психіатры въ псих. больницахъ Западной Европы. Обиліе періодическихъ психозовъ тоже характерно именно для евреевъ, на что тоже указывалось и что подтверждается приведенными цифрами для Варшавской еврейской больницы. Приблизительно 10% больныхъ поступаетъ сюда во 2-й разъ, около 6% въ 3-й и 4% въ 4-й разъ. Точныхъ объясненій распространенія у евреевъ періодическаго психоза мы не имѣемъ, можно только предполагать, что вырожденіе, вѣроятно, есть главная причина столь частой періодичности теченія душевныхъ разстройствъ у этой народности. У евреевъ наблюдаются чрезвычайно часто разныя проявленія дегенеративныхъ состояній, напр. резонирующее помѣшательство, бредовыя вспышки, психозы въ видѣ навязчивыхъ идей и пр., но больные этого рода чаще лечатся дома или въ санаторіяхъ, въ псих. отдѣленіе помѣщаются лишь тогда, когда становятся уже совершенно нетерпимыми дома, иначе говоря въ тяжелыхъ случаяхъ. Этимъ приходится объяснять небольшія цифры дегенеративныхъ состояній въ нашей таблицѣ. Крайне малыя цифры для невропатическихъ психозовъ также должны находить себѣ объясненіе въ лѣченіи такого рода больныхъ чаще дома и въ лечебницахъ не психіатрическихъ. Эпилептики попадали въ отдѣленіе для душевно больныхъ лишь тогда, когда обнаруживались психическіе эквиваленты падучей, дѣлавшіе неудобнымъ и даже опаснымъ держать больного дома. Хотя истерическіе психозы являются самой заурядной, для евреевъ особенно характерной болѣзнью, на что указывалось въ литературѣ и мною неоднократно, въ приводимомъ матеріалѣ еврейской больницы цифры для этихъ психоневрозовъ относительно малы, даже меньше, чѣмъ для епилептическихъ психозовъ. Оно и понятно. Истерикъ идетъ въ псих. заведенія крайне неохотно, а насильственное помѣщеніе ухудшаетъ состояніе и не рекомендуется врачами. Токсическіе, въ частности алкогольные психозы, совершенно исключительное явле-

ніе въ еврейской больницѣ и, на сколько мнѣ извѣстно, въ ней за 10 лѣтъ не было ни одного случая Delirium tremens, Корсаковскаго психоза, даже запоя. Алкогольный бредъ, отмѣченный въ таблицѣ, принадлежалъ случайно попавшему въ отдѣленіе христіанину. Психопатическія состоянія, связанныя съ отравленіемъ морфіемъ или кокаиномъ, у евреевъ наблюдаются положительно рѣже, чѣмъ у христіанъ, и въ названной больницѣ за 10 лѣтъ, кажется, тоже не было случаевъ, не смотря на то, что аптеки и аптекарскіе склады въ Ц. П. почти исключительно въ рукахъ евреевъ Прогрессивный параличъ немногимъ рѣже, чѣмъ у христіанъ. Принимая во вниманіе трезвость евреевъ и гораздо меньшее распространеніе среди нихъ сифилиса, нѣсколько удивляетъ все-же довольно большой % прогрессивныхъ паралитиковъ. Очевидно, въ этіологіи этой болѣзни умственное напряженіе, которое неизбѣжно у евреевъ при условіяхъ городской жизни и тяжелой борьбы за существованіе, сильно расшатывающей центральную нервную систему, подготовляетъ почву для заболѣванія мозга. И у евреевъ женщины болѣютъ прогрессивнымъ параличемъ гораздо рѣже мужчинъ. Тупоумныхъ и идіотовъ поступаетъ въ еврейскую больницу, какъ видно изъ таблички, мало; это элементъ обыкновенно бездомный, бѣдный, не могущій совершенно существовать на свободѣ. Кто только въ состояніи хоть немного работать, не берется въ больницу, а попавъ—выписывается. Вообще, психическое недоразвитіе, врожденное слабоуміе и идіотизмъ у евреевъ не рѣже или немного рѣже, чѣмъ у христіанъ, хотя такой вредный агентъ, ведущій къ дегенераціи, какъ алкоголь, у нихъ отсутствуетъ, а сифилисъ менѣе распространенъ.

Матеріалъ псих. отдѣленія при Варшавскомъ Уяздовскомъ военномъ госпиталѣ имѣетъ свои особенности; изъ него можно сдѣлать тоже много достаточно опредѣленныхъ выводовъ относительно невро- и психопатологіи евреевъ. Въ это псих. отдѣленіе направляютъ между прочимъ всѣхъ при-

зывныхъ Ц. П., представившихъ письменныя отъ больницъ свѣдѣнія о перенесенной душевной болѣзни или мірскіе приговоры о таковой, или заявившихъ о бывшемъ у нихъ психическомъ разстройствѣ, или оказавшихся при осмотрѣ въ Воинскомъ Присутствіи душевно-больными или подозрительными въ отношеніи нормальности умственныхъ способностей. Цѣль посылки на испытаніе—устранить по возможности попаданіе психопатологическаго элемента въ войска. Такъ какъ это все молодежь 20—23 лѣтъ и направляется въ псих. отдѣленіе не потому, чтобы не могла, но крайней мѣрѣ въ большинствѣ случаевъ, существовать на свободѣ, то естественно, что въ этомъ нашемъ матеріалѣ, какъ видно изъ таблицы IV, рѣзко преобладаютъ функціональные психозы, а также разные виды слабоумія, кромѣ прогрессивнаго паралича, совершенно отсутствующаго, какъ не свойственнаго молодому возрасту. Органическія заболѣванія головного мозга вообще въ нашемъ матеріалѣ попадаются рѣдко.

Психопатическія состоянія, связанныя съ общими соматическими болѣзнями, евреевъ тѣ же и въ томъ же относительномъ количествѣ, какъ и у христіанъ. Хотя инфекціонныя болѣзни у нихъ рѣже и стало быть случаи Delirium infectiosum могли бы быть рѣже, однако сопротивляемость нервной системы у нихъ слабѣе, и вѣроятность заболѣванія психозомъ послѣ рожи, скарлатины, особенно брюшного тифа велика. Нельзя также не отмѣтить того, повидимому, несомнѣннаго факта, что при слабомъ тѣлосложеніи и плохомъ питаніи, каковыя у нихъ обыкновенно наблюдаются, астеническая спутанность развивается легче. Судя по призывнымъ, психастенія у нихъ положительно чаще, чѣмъ у поляковъ. При отсутствіи пьянства и рѣдкости дракъ, при избѣганіи евреями тяжелаго физическаго труда травмы черепа у нихъ наблюдаются рѣже, вѣроятно рѣже бываетъ и „травматическій“ бредъ, но въ этомъ отношеніи статистическія свѣдѣнія совершенно отсутствуютъ.

Психіатрическое отдѣленіе при Варшавскомъ Уяздовскомъ военномъ госпита

Формы болѣзни	Поляки и др. христ.							Евреи						
	908	909	910	911	912	итого	%	908	909	910	911	912	итого	%
Neurasthenia et psych. neurast.	19	35	22	18	20	114	17,6	13	33	27	25	29	127	22
Hysteria et psych. hysterica	15	18	16	26	23	98	15,2	13	29	23	26	21	112	20
Epilepsia et psychosis epileptica	3	7	6	10	11	37	5,7	2	1	1	5	1	10	1
Chorea et psychos. choreica	—	1	—	—	—	1	—	—	1	—	—	1	2	-
Psychosis maniodepressiva	2	—	1	1	—	4	—	3	—	—	2	1	6	-
Amentia	2	—	1	—	4	7	—	3	2	1	—	3	9	1
Dementia praecox	8	5	8	13	11	45	6,9	35	18	17	11	13	94	16
—lues. cerebri organ.	—	—	1	3	—	4	—	1	—	—	—	—	1	-
Imbecillitas	50	35	60	48	62	255	39,5	17	13	28	17	36	111	19
Хлухонѣмота	—	—	—	2	2	4	—	1	1	—	—	1	3	-
Тяжелое заиканіе	4	1	2	1	—	8	1,2	1	1	1	—	1	4	-
Paralysis n. facialis	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	-
— n. thoracici	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	-
Meningomyelitis	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	-
Syringomyelia	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	-
Myoclonia m. cucullaris	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	-
Контрактура плеча	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	-
Атрофія м. верхней кон.	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	-
Зобатость	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	-
Казались здоровыми за время 7=30 дней наблюденія	12	12	13	15	12	64	9,9	8	17	17	21	13	76	13
Итого	115	115	132	137	147	646	—	97	117	117	107	120	558	-

Самостоятельныя скоропреходящія психопатическія состоянія—буйство, патологическій аффектъ до умоизступленія и безпомятства, бредовыя вспышки дегенерантовъ—явленіе самое заурядное. Дегенеративный психозъ съ разными припадками атипическаго теченія частъ. Если въ таблицѣ IV эти формы представлены крайне скудно, то лишь потому, что намъ приходится наблюдать отдѣльные фазы болѣзни, которыя на практикѣ укладываются въ понятія неврастеніи или истеріи и отсутствуютъ у призывныхъ.

Неврастенія и истерія, какъ неврозы и психозы, составляютъ 42,7% всѣхъ больныхъ евреевъ псих. отдѣленія Уяздовскаго госпиталя. Я не буду останавливаться на всемъ разнообразіи встрѣчающихся формъ, скажу однако, что у евреевъ этіологіей и здѣсь является вырожденіе, соматическое заболѣваніе, истощеніе тѣла и нравственная травма. Поступающіе на испытаніе умственныхъ способностей, евреи крайне часто отличаются плохимъ питаніемъ, малокровіемъ, нерѣдко бываетъ у нихъ пораженіе ушей, глазъ, зубовъ, иногда легочныхъ верхушекъ. Вообще неврозъ или психоневрозъ и соматическое заболѣваніе поразительно часто совпадаютъ. У евреевъ неврастеническіе психозы, какъ видно изъ таблицы, не чаще, чѣмъ у поляковъ и др. христіанъ; они въ общемъ болѣе тяжелые; въ очень многихъ случаяхъ, неся черты яваго психическаго вырожденія не обѣщаютъ прочнаго выздоровленія. Среди неврастениковъ евреевъ поражаетъ обиліе лицъ наклонныхъ къ аффектамъ и бредовымъ вспышкамъ и резонирующей рѣчи, но еще болѣе лицъ съ глубокой подавленностью, молчаливостью, заторможеніемъ мышленія, плаксивостью. Истерическій психозъ съ тяжелыми проявленіями у многихъ, по видимому, отъ нравственной травмы вслѣдствіе предстоящей необходимости итти на военную службу. Среди неврастениковъ и истериковъ многіе аггравируютъ свою болѣзнь въ видахъ спеціальной цѣли испытанія.

Не разъ высказывавшееся мнѣніе, что у евреевъ эпилепсія и эпилептическіе психозы рѣже, у христіанъ, вполнѣ подтверждается данными психіатрическаго отдѣленія—у первыхъ эти болѣзни, какъ видно изъ приведенной таблицы, 5,7%, у вторыхъ 1,8%. Судорожные припадки у евреевъ—явленіе очень заурядное, но это оказывается обыкновенно истерія. Эпилептическое буйство, эпилептическій автоматизмъ и т. наз. малые припадки (Epilepsia minor) рѣже, чѣмъ у поляковъ, но примѣсь элементовъ истеріи относительно чаще. Приведенное мною % отношеніе тѣмъ болѣе заслуживаетъ вниманія, что больные эпилептики при наборѣ новобранцевъ обязательно отправляются на испытаніе при заявленіи ими о припадкахъ, евреи же не скрываютъ ихъ уже изъ нелюбви къ военному дѣлу.

Сравнительная частота у евреевъ ранняго слабоумія уже отмѣчалась мною въ другой работѣ *), когда по матеріаламъ о призывныхъ за 8 лѣтъ (97—905) оказалось одержимыхъ Dementia praecox евреевъ 17,0%, поляковъ 11,4%, а за послѣдующіе 2 года обнаружилось еще большее преобладаніе евреевъ съ Dementia praecox. Въ настоящей работѣ, охватывающей матеріалъ за 5 послѣднихъ лѣтъ (908—912) Dementia praecox оказывается у евреевъ въ 16,8%, у поляковъ и пр. христіанъ въ 6,9%. Эта стойко держащаяся разница не является чѣмъ-либо случайнымъ, напр. слѣдствіемъ, скажемъ, субъективности изслѣдователей въ смыслѣ классификаціи при различіяхъ во взглядахъ на Dementia praecox, существующихъ въ наукѣ. Діагнозы въ псих. отдѣленіи Варшавскаго госпиталя ставятся коллективно, по цѣли испытанія—рѣшенія категорически; психіатры неоднократно мѣнялись. Надо искать причину разницы въ крайнемъ предраспо-

*) *Э. Эриксонъ.* Нѣкоторыя свѣдѣнія о заболѣваемости психозами евреевъ и поляковъ въ Царствѣ Польскомъ. Воен. Мед. Жур. 1908. г.

ложеніи евреевъ къ заболѣванію въ этомъ возрастѣ психическимъ разстройствомъ и дурному теченію болѣзни.

Не можетъ не показаться страннымъ рѣдкость острыхъ формъ въ этомъ нашемъ матеріалѣ и особенно періодическихъ и т. наз. маніакально-депрессивныхъ психозовъ, которые у евреевъ необычайно часты, какъ мы видѣли на матеріалѣ еврейской больницы, какъ указывалось нѣкоторыми иностранными авторами и съ чѣмъ я лично совершенно согласенъ по наблюденіямъ надъ евреями изъ старослужащихъ солдатъ. Дѣло въ томъ, что въ психіатрическое отдѣленіе направляются призывные не тогда, когда появилась необходимость лѣченія, т. е. обнаружились острыя явленія, а тогда, когда ихъ застало время призыва. Среди этихъ нашихъ больныхъ было очень много перенесшихъ психозъ, судя по имѣвшимся документамъ, а для рецидива еще не пришло время, другими словами, много было лицъ въ свѣтломъ періодѣ періодическаго психоза. Манія—болѣзнь самая заурядная у евреевъ и у многихъ повторяется многократно въ теченіе жизни. Депрессивныя состоянія тоже очень часты, но меланхолія съ бредомъ самообвиненія или грѣховности—явленіе рѣдкое, почти не приходится видѣть усердно молящагося, что, напротивъ, обычно у меланхоликовъ русскихъ. Впрочемъ, евреи иногда шепчутъ молитвы про себя на жаргонѣ или древнееврейскомъ языкѣ; эти молитвы можно принять ошибочно за вербигерацію. Природная наклонность къ резонированію, многорѣчивости кладетъ особую печать на картину болѣзни при маніакальной экзальтаціи. Однако прирожденная трусливость сдерживаетъ даже душевно-больныхъ евреевъ отъ агрессивныхъ дѣйствій, по крайней мѣрѣ въ отношеніи къ христіанамъ. Они рѣже попадаютъ въ изоляторы, находясь въ отдѣленіи для душевно-больныхъ среди христіанъ.

Параною въ возрастѣ призывныхъ приходилось наблюдать очень рѣдко. Попадавшіеся мнѣ единичные случаи были собственно Dementia paranoides. Въ возрастѣ 30—40 лѣтъ

параноя довольно обыкновенная болѣзнь у евреевъ, при чемъ бредъ преслѣдованія, величія, резонирующій, сутяжный наблюдаются наиболѣе, религіозный наименѣе часто.

Заслуживаетъ вниманія полное отсутствіе въ нашемъ матеріалѣ алкогольныхъ заболѣваній.

Въ приведенной табличкѣ бросается въ глаза обиліе случаевъ врожденнаго слабоумія (Imbecillitas). Степень слабоумія наблюдалась различная; значеніе придавалось при постановкѣ діагноза и т. наз. умственной отсталости, неспособности обучаться, пріобрѣтать свѣдѣнія, необходимыя солдату. Поразительнымъ оказывается рѣзкое преобладаніе слабоумныхъ среди поляковъ и др. христіанъ при сравненіи съ евреями, между тѣмъ какъ можно было бы предполагать, исходя изъ теоретическихъ разсужденій у такой дегенеративной расы, какъ еврейская,—обратное. На основаніи матеріала въ 366 врожденно слабоумныхъ, въ томъ числѣ 111 евреевъ, можно съ положительностью сказать, что косноязычіе встрѣчается у евреевъ гораздо рѣже, чѣмъ у христіанъ, по меньшей мѣрѣ въ 5 разъ. За 8 лѣтъ черезъ мои руки прошло врожденно слабоумныхъ въ псих. отдѣленіи госпиталя огромное количество, т. что сказанное я бы могъ подтвердить и другими матеріалами. Быть можетъ. косноязычіе предотвращается раннимъ обученіемъ дѣтей грамотѣ. Отъ чего бы это ни зависѣло—фактъ странный, но несомнѣнный.

Въ табличкѣ подъ графой оказавшихся здоровыми слѣдуетъ понимать такое заключеніе условно. Не констатировано заболѣваній препятствующихъ несенію военной службы за опредѣленный срокъ наблюденія: отъ 7 до 30 дней.

Изъ всего вышеизложеннаго можно сдѣлать слѣдующіе общіе выводы относительно заболѣваемости нервными и душевными болѣзнями евреевъ. У нихъ наблюдаются положительно рѣже, чѣмъ у христіанъ: 1) эпилепсія и эпилептическіе психозы: 2) врожденное слабоуміе съ косноязычіемъ; 3) всѣ заболѣванія, въ основѣ которыхъ лежитъ алкоголизмъ; 4) мор-

финизмъ, кокаинизмъ и т. п. интоксикаціи; 5) haemorrhagia cerebri; 6) enuresis nocturna и 7) вѣроятно Tabes dorsalis. Напротивъ чаще чѣмъ у христіанъ бываетъ: 1) параличъ n. thoracici longi 2) spondylosis; 3) всѣ разстройства въ псих. сферѣ на почвѣ дегенераціи; 4) неврастенія и психастенія; 5) истерическіе припадки разнаго рода и истерическіе психозы; 6) маніакально—депрессивные психозы; 7) раннее слабоуміе (Dementia praecox) и наконецъ 8) опухоли центральной нервной системы. Спорнымъ остается разница въ частотѣ: 1) прогрессивнаго паралича, 2) заиканья и 3) паранои. Исключительно еврейской болѣзнью приходится считать параличъ лѣвой верхней конечности съ отекомъ кисти вслѣдствіе ношенія молитвеннаго ремня—тефиллина.

Къ клиникѣ бехтеревской «одеревенѣлости позвоночника».

Д-ръ мед. А. А. СУХОВА.

Съ 1892 г. Академикъ *В. М. Бехтеревъ* выдѣлилъ, какъ отдѣльную нозологическую единицу невропатологіи—одеревенѣлость позвоночника. Болѣзнь эта, названная потомъ „Бехтеревской", обращала на себя вниманіе, глав. обр., нарушеніемъ подвижности и конфигураціи позвоночника: позвоночникъ представлялся въ разгарѣ заболѣванія—по всей своей длинѣ тугоподвижнымъ или почти неподвижнымъ, при чемъ конфигурація его довольно характерна для типичныхъ случаевъ: шейная часть находится въ состояніи лордоза, грудная часть б. ч., въ состояніи равномѣрнаго дугообразнаго кифоза; поясничная же часть прямолинейной безъ лордоза; корневые суставы конечностей, а равно и всѣ другіе суставы ихъ—совершенно и во всѣхъ отношеніяхъ нормальны; при этомъ, весь скелетъ и, въ частности, позвоночникъ, помимо сказанной тугоподвижности, представляется нормальнымъ: неболѣзненнымъ при обслѣдованіи и при попыткахъ пассивныхъ движеній, безъ періоститовъ, безъ экзостозовъ.

Соотвѣтственно указанной тугоподвижности и нарушенію общей конфигураціи позвоночника (общаго направленія его), больной представляетъ въ типичныхъ случаяхъ характерный habitus: голова подана впередъ и внизъ, весь больной согнутъ,

грудная клѣтка уплощена и опущена, животъ выдается и особенно, діафрагмальная линія, тазъ нѣсколько выпрямленъ—приподнятъ, ноги при стояніи нѣсколько согнуты въ колѣнныхъ суставахъ; весь больной скованъ въ движеніяхъ туловища и головы, соотвѣтственно чему нарушены и сложныя движенія: вставаніе, сажаніе, укладываніе въ постель, ворочаніе въ ней и т. д. Однако работы *В. М. Бехтерева* и послѣдующихъ авторовъ доказали, что описанныя явленія со стороны позвоночника и грудной клѣтки не составляютъ центра тяжести въ вопросѣ о Бехтеревской болѣзни: эти явленія являются вторичными въ результатѣ самостоятельнаго пораженія центральной нервной системы—хроническаго воспаленія мягкихъ оболочекъ med. spinalis, влекущаго за собой дегенеративный процессъ въ задней корешковой системѣ, отчасти и въ переднихъ, а затѣмъ, тѣ или другія вторичныя явленія. Соотвѣтственно сказанному патологическому процессу въ оболочкахъ мозга, въ типичныхъ случаяхъ Бехтеревской болѣзни отмѣчены: 1) разстройства сферы чувствительности: боли и парэстезіи въ области задѣтыхъ корешковъ, гипэстезіи тамъ же; 2) со стороны двигательной системы: въ области задѣтыхъ переднихъ корешковъ: парэзы мышцъ: шеи, надплечій, спинныхъ и поясничныхъ и незначительное похуданіе ихъ.

При этомъ, интересны слѣдующія обстоятельства для характеристики Бехтеревской болѣзни: во многихъ случаяхъ растройство задней корешковой системы не шло въ параллель со степенью кифоза; затѣмъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ при аутопсіи оказывалось, что одеревенѣлость позвоночника прижизненная исчезла посмертно; затѣмъ, во всѣхъ обслѣдованныхъ аутопсически случаяхъ констатировано: нормальность всего костяка, въ частности и позвоночника, его связокъ и суставовъ; только въ кифотическомъ отдѣлѣ находили незначительныя вторичныя измѣненія: атрофію хрящевыхъ поверхностей, порозность тѣлъ позвонковъ, небольшія вторичныя срощенія отдѣльныхъ позвонковъ.

Сказанная характеристика Бехтеревской болѣзни ясно отграничиваетъ ее отъ другихъ формъ патологіи, похожихъ на Бехтеревскую болѣзнь по пораженію костнаго скелета: гл. обр., отъ spondylosis rhyzomelica. При послѣдней формѣ дѣло идетъ объ оссифицирующемъ спаяніи позвоночнаго столба и его связочнаго аппарата (въ частности и lig. flava), корней конечностей и грудной клѣтки; такое спаивающее оссифицированіе вызываетъ за собой рядъ послѣдовательныхъ нарушеній статики и динамики больного, его дыхательнаго акта, а вовлеченіе въ спаивающій оссифицирующій процессъ чувствительныхъ нервовъ вызываетъ боли; со стороны нервной системы, при типичныхъ случаяхъ формы Marie—Strümpell, не бываетъ симптомовъ.

Этіологія Бехтеревской болѣзни не вполнѣ еще разработана; указаны: наслѣдственное предрасположеніе, травма, гоноррея, сифилисъ, эпилептическій діатезъ и т. д.

Литература по вопросу о Бехтеревской болѣзни довольно большая: самъ *В. М. Бехтеревъ* высказался по поводу Бехтеревской болѣзни въ 16 работахъ и бесѣдахъ; всего же работъ къ данному времени можно насчитать до 70, ниже большая часть ихъ приводятся въ библіографическомъ спискѣ; случаевъ Бехтеревской болѣзни у *В. М. Бехтерева*, *В. П. Осипова*, *Л. М. Пуссепа* и другихъ авторовъ подсчитано въ литературѣ до 34 чистыхъ случаевъ и 1 смѣшанный; въ послѣднее время *А. А. Суховымъ* описано 2 чистыхъ [1]) случая Бехтеревской болѣзни, а въ литературѣ подсчитано еще: 3 смѣшанныхъ и 17 похожихъ.

Тѣмъ не менѣе и въ данное время слова Проф. *В. П. Осипова* о томъ, что случаи Бехтеревской болѣзни всетаки рѣдки, остаются въ силѣ. Съ этой точки зрѣнія привожу случай Бехтеревской болѣзни, наблюдающійся въ стаціонарно —

---

[1]) Въ компликаціи съ эпилепсіей.

клиническихъ условіяхъ въ лѣчебницѣ Э. Г. Левенштейнъ въ Москвѣ д-рами: *А. А. Суховымъ* и *В. А. Рожновымъ*; кромѣ нихъ этотъ случай видалъ и д-ръ мед. *В. А. Гиляровскій*.

А. Г., адвокатъ, 33 лѣтъ. жен., москвичъ, поступилъ въ лѣчебницу Э. Г. Левенштейнъ 14 ноября 1912 г. выписался 19 дек. 1912 г.; № исторіи болѣзни: 130.

Анамнезъ: наслѣдственность: въ роду у больного не было никого со страданіемъ позвоночника и вообще похожихъ на страданіе больного. Дѣдъ по отцу страдалъ сифилисомъ. Отецъ больного 70 лѣтъ, здоровъ. Со стороны отца имѣетъ 7 дядей и всѣ они здоровы. Мать больного, страдавшая туберкулезомъ, умерла родами.

Больной единственный у своихъ родителей. Родился въ срокъ и здоровымъ. Изъ дѣтскихъ болѣзней перенесъ: до 7 лѣтъ хворалъ почти все время, глав. обр., бронхитами; съ 7 до 20 лѣтъ чувствовалъ себя вполнѣ здоровымъ; 20-ти лѣтъ, при паденіи съ лошади, сильно расшибъ грудь. Съ той поры каждую осень сталъ страдать простудными заболѣваніями глав. обр., инфлуенцей и бронхитами; въ декабрѣ 1902 года перенесъ крупозное воспаленіе легкихъ въ тяжелой формѣ и, хотя болѣзнь протекла безъ осложненій, но оставила значительное малокровіе. Лѣтомъ 1905 года раза 2 появлялись боли въ правой ногѣ, которыя, по локализаціи, напоминали ischias и которыя, по мнѣнію врачей, служили началомъ спондилита. Весь 1906 годъ больной чувствовалъ себя хорошо. Съ мая 1907 года началось дѣлаться замѣтнымъ тугоподвижность всего позвоночника. По наблюденію больного каждое наростаніе—ухудшеніе болѣзни сопровождалось предварительнымъ появленіемъ сильнаго бронхита, даже съ кровохарканіемъ. Въ маѣ же 1907 года невропатологи отмѣтили у больного: parapareses inferior spastica въ небольшой степени, боли въ спинномъ хребтѣ въ нижнегрудномъ отдѣлѣ; боли эти локализировались въ позвоночникѣ и иррадіировали въ стороны, зависѣли отъ положенія тѣла (были сильнѣе при вертикальномъ положеніи); отмѣчена рѣзкая сутуловатость, ослабленіе potentiae и запоры; сталъ худѣть хотя и всегда былъ очень худощавъ: въ такомъ періодѣ (весной 1907 г.) страданіе больного

было невропатологами діагносцировано, какъ spondylitis въ начальной степени, возможно, туберкулезной этіологіи; больному, по консиліумѣ невропатологовъ и хирурговъ-ортопедовъ, наложенъ гипсовый корсетъ и назначено соотвѣтствующее укрѣпляющее лѣченіе-діэта-режимъ; послѣднія больной не соблюдалъ, а корсетъ носилъ до 1908 г.; явленія спастическаго парапарэза за это время пропали, остальныя жалобы и явленія держались; по снятіи корсета, больной сталъ лѣчиться горячими ваннами и іодомъ, въ это же время была сдѣлана реакція на туберкулезъ, получены отрицательные результаты т. е. туберкулеза не найдено; въ маѣ 1909 года больной отмѣтилъ усиленіе одеревенѣнія спины и тогда же у него, по его словамъ, врачами констатирована была Бехтеревская болѣзнь. 31 іюля 1909 г. вновь появился бронхитъ съ сильнѣшимъ кровохарканіемъ, ослабившимъ больного до того, что онъ слегъ; слѣдующіе 3 мѣсяца слабость держится, частые обмороки, стала развиваться неподвижность шеи; затѣмъ длительный періодъ такого состоянія съ колебаніями въ сторону улучшенія, но съ наростаніемъ, всетаки явленій: общая слабость, паденіе питанія стойкое, сведеніе-неподвижность шеи и сгорбливаніе-тугоподвижность грудного отдѣла позвоночника-скованность туловища, боли въ шеѣ и спинѣ; отчаявшись въ лѣченіи, больной долгое время былъ на рукахъ не врачей: съ августа 1909 г. до 1911 г. лѣчился у гомеопатовъ, затѣмъ до лѣта 1912 г. больной лѣчится у „Московскаго китайца“, затѣмъ нѣкоторое время у магнетизера; 24 іюля 1912 г. больной перенесъ сильное нервное потрясеніе (смерть сына): наступило улучшеніе: почувствовалъ себя сильнѣе, всталъ съ постели, только шея и спина были въ одномъ и томъ же состояніи; такой подъемъ-улучшеніе держалось до августа; 1 августа опять бронхитъ, слабость, слегъ въ постель и такое состояніе шло вплоть до поступленія въ Лѣчебницу-Санаторій.

Относительно другихъ инфекцій въ анамнезѣ: сифилисъ и другія венерическія болѣзни отрицаетъ и указаній не найдено [1]).

Травмы: кромѣ указанныхъ (паденіе-ушибъ грудной клѣтки и смерть дѣтей) другихъ не было.

---

[1]) Не найдено данныхъ относительно lues'a и въ status'ѣ.

Интоксикаціи: алкоголь пилъ очень мало; куритъ съ юношества и по многу: до 70—90 папиросъ въ сутки.

Половая жизнь: начиная съ 15 лѣтъ очень много мастурбировалъ; съ 23-хъ лѣтъ началъ coitus—женился: жена средняго здоровья, абортовъ не имѣла, имѣла 2 родовъ; изъ дѣтей: 1-ая умерла въ 1909 г. отъ менингита, 2-ой умеръ въ 1910 г. отъ менингита; больной всегда былъ слабой potentiae.

Росъ и воспитывался больной въ хорошихъ матеріальныхъ условіяхъ; учился дома и въ гимназіи, ученіе давалось легко, по окончаніи Университета занялся адвокатурой. По характеру всегда былъ возбудимъ и впечатлителенъ. По режиму: всегда велъ неправильный: очень увлекался игрой въ карты и, особенно, въ шахматы, проводя очень часто за игрой безсонныя ночи; въ 1907 г. т. е. до начала заболѣванія больной въ теченіе $1^1/_2$ мѣсяцевъ подрядъ ежедневно возвращался изъ клуба домой въ 6 часовъ утра.

Status: высокаго роста, плохого сложенія, плохого питанія: вѣсъ при поступленій 38,4 к., дальше въ санаторіи вѣсъ немного прибылъ; температура колебалась между: утромъ 36,0°—36,8°, вечерняя: 36,4°—37°; Кожныя покровы и видимыя слизистыя анэмичной окраски и атоничны.

Железистый аппаратъ въ предѣлахъ нормы.

Костный скелетъ: измѣренія:

черепъ: горизонтальная окружность			55 снт.;
сагитальная полуокружность справа 16, слѣва 16			: 32 снт.;
задняя фронтальная — — —	15,5. —		15,50 : 31
передняя — — — —			29
Лицо: высота	справа 15. слѣва 15		
скуловой поперечникъ (отъ скуловой дуги по другую)			14
глазныя впадины; длина —	справа 3,5, слѣва 3,5		
носъ: длина крыла	—	6	— 6
ширина —	—	4	— 4

Черепъ долихоцефалическій, симметричный и всюду безболѣзненъ; періостальныхъ явленій, экзостозовъ и т. д. нѣтъ. Скелетъ поясовъ, всѣхъ конечностей и всѣхъ суставовъ ихъ совершенно нормальный. Позвоночникъ: линія позвонковъ идетъ такъ: шейная часть въ состояніи лордоза и съ ней фиксирована голова, поданная, по этому, впередъ и внизъ; грудная часть позвоночника представляетъ равномѣрно-дугообр-

разный кифозъ; поясничная прямa безъ лордоза; позвоночникъ не представляетъ нигдѣ экзостозовъ и другихъ неправильностей образованія, всюду безболѣзненъ при обслѣдованіи; въ шейной части позвоночника сохранились слѣдующія движенія: на 1 снт. вправо и на $^1/_2$ снт. впередъ-внизъ; радіусъ кифоза грудной части позвоночника 12,4 снт. позвоночникъ, кромѣ указаннаго отдѣла, не даетъ активныхъ или пассивныхъ движеній. Привожу цифры, иллюстрирующія сказанное:

отстояніе	отъ вертикала;	горизонтальной линіи
proł. occip. ex.	21 (при стояніи и при сидѣніи)	21 (при лежаніи)
7-го шейн. позв.	13	13

Разстояніе отъ подбородка до грудины	10 снт.
длина позвоночника	75 —
радіусъ кифоза	12,4 —
общая длина грудино-брюшной линіи	44 —
длина грудины	17 —
высота грудной клѣтки по сосковой линіи справа и слѣва	29 —
длина линіи живота	27 —
сагитальный поперечникъ грудной клѣтки по сосков. линіи	12 —
фронтальный — — — — —	26 —
отстояніе края грудной клѣтки отъ sp. ant. s. os. il. dextra	8,5 —
sinistra	9 —
отстоянія. отъ spina ant. sup. os. il dex. et. sin. до пола	1 m. 5 ct.
отстояніе отъ края os. ilei у крест.—подвзд. сочл до пола справа и слѣва	1 м. 10 сн.

Мускулатура: плохо сложена и плохо развита; соотвѣтственно общему паденію питанія до степени кахектичности, мускулатура вся и равномѣрно до крайности исхудавшая, но въ другихъ отношеніяхъ, кромѣ указаннаго истощенія, не уклоняется отъ нормы: мышечнаго валика нѣтъ, электровозбудимость всюду нормальна, атрофій нѣтъ.

Черепные нервы въ предѣлахъ нормы; бульбарныхъ явленій нѣтъ. Двигательная сфера: констатированы слѣдующія отклоненія: 1) общая крайне слабая сила: больной правша:

по динамометру сила справа 10 к., слѣва 7:2) скорая общая утомляемость; 3) заднія шейныя мышцы похудѣвшія; m.m.sterno-cleido-mastoidei въ состояніи ригидности; ригидность эта постоянная и равномѣрна на обѣихъ сторонахъ; 4) ограниченіе дыхательныхъ экскурсій грудной клѣтки и брюшной типъ дыханія: частота дыханія 20; окружность грудной клѣтки на уровнѣ сосковой линіи при обычномъ дыханіи 61 сн., при максимальномъ вдохѣ 62, при максимальномъ выдохѣ 60; окружность живота на уровнѣ пупочной линіи при указанныхъ моментахъ 72(73)71. 5) вышеуказанную почти полную неподвижность позвоночника, съ нимъ головы и туловища. Здѣсь же необходимо указать, что движенія въ конечностяхъ, въ частности и въ корневыхъ суставахъ ихъ, нормальны, какъ въ смыслѣ самихъ суставовъ, такъ въ смыслѣ мышечной ткани и иннерваціи; слѣдуетъ отмѣтить только общую гипотонію во всѣхъ суставахъ, соотвѣтственно крайнему паденію общаго тонуса; по измѣренію: окружность плеча по срединѣ справа 19, слѣва 18; предплечья справа 20, слѣва 19,5; бедра 27—27, голени 25—25.

Соотвѣтственно сказанному, больной имѣетъ такой habitus: высокій, очень истощенный-кахектичный субъектъ, впалая—плоская—опущенная грудная клѣтка, голова подана впередъ и внизъ такъ, что больной, при вертикальномъ положеніи, всегда смотритъ внизъ и, если желаетъ смотрѣть на собесѣдника, то долженъ закатывать глаза вверхъ; положеніе головы постоянное и не можетъ быть измѣняемо окружающими или самимъ больнымъ: голова и шейный отдѣлъ позвоночника фиксированы: отстояніе головы и послѣдняго отъ вертикала и отъ горизонтальной линіи одинаковы, какъ выше видно изъ цифръ измѣренія; больной, б. ч. лежитъ на спинѣ, грудная и пояснично-крестцовая часть плотно прилегаетъ къ постели, шейная съ головой приподняты и подъ нихъ необходимо подкладывать высокую подушку; больной можетъ самъ садиться, ложиться, вставать стоять, ходить, дѣлаетъ всѣ сложныя движенія и всѣми конечностями, но при этихъ движеніяхъ усиленно долженъ опираться руками при вставаніи, при стояніи и при ходьбѣ больному удобнѣе закидывать руки за спину и при этомъ больной нѣсколько подгибаетъ ноги въ колѣнныхъ суставахъ; при всѣхъ указанныхъ движеніяхъ бросается въ глаза и со стороны скованность движеній туловищемъ. Въ

силу всего сказаннаго и, особенно, въ силу общей слабости, больной предпочитаетъ—вынужденъ проводить почти все время въ постелѣ; но, по мѣрѣ общаго оправленія—прибавки питанія, больной начинаетъ охотно бродить.

Сфера чувствительности: субъективно: жалобы на частыя безпричинныя боли отъ позвоночника въ надплечья, иррадіирующія и въ плечевые отдѣлы; чаще жалуется на правую сторону; объективныхъ разстройствъ чувствительности не найдено; атаксіи нигдѣ нѣтъ; Ромберга нѣтъ. Органы чувствъ нормальны.

Рефлексы: кожные и со слизистыхъ вялы; сухожильные равномѣрно на обѣихъ сторонахъ нормальны; зрачковые нормальны; сложные нормальны. Вазомоторы атоничны.

Со стороны трофической системы: общее дистрофическая кахектичность.

Со стороны психики: кромѣ явленій нейрастеничности, отмѣтить нечего.

Внутренніе органы: 1) пищеваренія: симптомы атоніи желудочно-кишечнаго тракта; 2) дыханія: при перкуссіи и при аускультаціи туберкулеза не найдено; мокроты нѣтъ; 3) органы кровообращенія и мочевые—нормальны; пульсъ колебался по частотѣ между 75—85.

Относительно теченія: въ общемъ состояніе больного было стаціонарно: за время пребыванія въ лѣчебницѣ начало улучшаться общее питаніе больного, прибавился немного въ вѣсѣ, улучшился тонусъ кожной ткани и мускулатуры; остальныя явленія держались въ одномъ положеніи; больному было продѣлано обще-укрѣпляющее лѣченіе физическими методами и лѣкарственное.

По выпискѣ больного, удалось обслѣдовать его 19 февраля с. г.: похуданіе пошло опять дальше, но такой общей атрофичности, съ какой больной поступалъ въ лѣчебницу, все же нѣтъ; похуданіе носитъ тотъ же характеръ т. е. нигдѣ нѣтъ отдѣльныхъ атрофій, а больной весь равномѣрно атрофируется въ смыслѣ похуданія мускулатуры и атоничности кожи и слизистыхъ; черепные нервы въ порядкѣ; позвоночникъ въ томъ же видѣ; ригидность грудино-ключичныхъ мышцъ нѣсколько меньше, за то отмѣчена ригидность m. stylohyoidei dex.; боли тупого характера держаться въ надплечьяхъ и плечахъ; конечности въ томъ же видѣ и вообще отмѣтить

чего либо другого, кромѣ отмѣченнаго выше и за время наблюденія въ лѣчебницѣ, нельзя.

Описанный случай, по своей клинической картинѣ, относится къ группѣ случаевъ Бехтеревской одервенѣлости позвоночника въ типичномъ и чистомъ видѣ; за время описыванія больного, наблюденія въ лѣчебницѣ и послѣ, нельзя отмѣтитъ у больного симптомовъ другихъ формъ патологіи: спондилита, формы Marie-Strümpell и др.

Неясна въ данномъ случаѣ этіологическая его сторона: повидимому, большое значеніе имѣли травмы, но комбинированные съ никотинной длительной интоксикаціей и рядомъ лѣтъ истощающихъ моментовъ (игры въ клубахъ и т. д.); такая компликація этіологическихъ моментовъ и могла повести къ хронически-прогрессирующему процессу въ центральной нервной системѣ, каковымъ и является Бехтеревская болѣзнь.

По отношенію къ данному случаю интересно и то, что развитію Бехтеревской одервенѣлости предшествовали, а, б. м., и шли параллельно симптомы спондилита, зарегистрированныя, правда, амбулаторно весной 1907 года; въ происхожденіи послѣдняго могла отозваться и та сильная травма грудной клѣтки, которую больной перенесъ еще въ 1900 году.

Въ данномъ случаѣ интересна и та глубокая дистрофичность больного, которая шла также параллельно развитію симптомовъ Бехтеревской болѣзни и которая не находитъ себѣ основанія въ организмѣ (нѣтъ туберкулеза, нѣтъ сахара и т. д.).

При обсужденіи описываемаго случая съ точки зрѣнія соотношенія здѣсь спондилита и Бехтеревской болѣзни, небезинтересно привести случаи Kedzior[42]), Williams[53]) и Landwehr[57]): Kedzior приводитъ 7 случаевъ; изъ нихъ здѣсь слѣдуетъ проанализировать 4—могущій быть относимымъ къ Бехтеревской формѣ: у 54-лѣтняго мужчины—апоплектическій инсультъ съ послѣдовательной лѣвосторонней

гемиплегіей; чрезъ 3 года началъ развиваться комплексъ симптомовъ Бехтеревской болѣзни; по выводу автора, первичное заболѣваніе нервной системы повлекло за собой пораженіе костной; въ случаѣ Williams отмѣчена компликація мышечной атрофіи—мышечной общей слабости и дистрофіи кожи (склеродермія) съ симптомо-комплексомъ, похожимъ на Бехтеревскую форму; случай Landwehr имѣетъ здѣсь косвенный интересъ: у 14 лѣтняго юноши meningokokkeninfection дастъ spondylitis infectiosa (spondylitis ankylopoetica). На основаніи этихъ случаевъ приходится и по отношенію къ нашему думать о томъ, что компликація спондилита и Бехтеревской болѣзни не случайная и что обѣ эти болѣзненныя формы стоятъ въ к. н. связи въ данномъ случаѣ. Цитированный одинъ изъ 3 случаевъ Williams напоминаетъ описываемый случай въ томъ, что и здѣсь отмѣчена общая мышечная атрофичность—мышечная слабость. Такая кахектичность и дистрофія, какъ у описываемаго больного, заставляютъ все время думать о туберкулезѣ. Однако, данныя обслѣдованія и анализы не показали наличности туберкулеза у больного. Въ параллель этому, слѣдуетъ напомнить случай Rhein: здѣсь у 63-хъ лѣтней больной съ формой M.-S. на аутопсіи найдено: слитность всѣхъ позвонковъ, а въ наружномъ слоѣ durae matris казеозныя массы нетуберкулезнаго—характера; однако, въ другихъ частяхъ трупа найдены были туберкулы.

Литературный указатель къ данной работѣ [1]):

А) Работы и поясненія по вопросу о Бехтеревской болѣзни Акад. Б. А. Бехтерева:

1) „Врачъ", № 36, 1892.: „Одервенѣлость позвоночника съ его искривленіемъ".

2) „Neurologisches Zentralblatt". 1893. „Die Steifigkeit der Wirbelsäule und ihre Verkrummung als besondere Erkrankungsform".

3) „Неврологическій Вѣстникъ", т. V, в. 1: „О сращеніи или одервенѣлости позвоночнаго столба, особой формы заболѣванія".

4) Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk., 1897, XI: „Von der Verwachsung und Steifigkeit der Wirbelsäule".

5) „Обозр. Псих., Неврол. и эксперим. псих.": 1899: „Объ анкилозирующемъ воспаленіи позвоночника и большихъ суставовъ".

6) „Обоз. Псих., Неврол. и экспер. псих.", 1898, № 5: „Новыя наблюденія одервенѣлости позвоночника съ патологоанатомическими изслѣдованіями".

7) „Обоз. Псих., Невр. и экс. псих.", 1899, № 10: „Объ особомъ лопаточно-плечевомъ рефлексѣ".

8) Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk.", 1889, XV: „Neue Beobachtungen und pathologisch-anatomische Untersuchungen über Steifigkeit der Wirbelsäule".

9) „Deut. Zeit. f. Nervenheilk.". 1889, XV: „Über ankylosierende Entzündung der Wirbelsäule und der grossen Extremitätengelenke".

10) „Обоз. Псих., Невр. и экс. псих.", 1905, № 12: „О клиническихъ и патолого-анатомическихъ особенностяхъ нервной формы одервенѣлости и анкилоза позвоночника и объ ихъ лѣченіи".

11) „Monatschr. f. Psychiatrie". B. XXI, H. 6: „Ueber die klinischen und pathologisch-anatomischen Besonder-

[1]) Данный указатель относится и къ моей работѣ о сочетаніи эпилепсіи и Бехтеревской болѣзни («Два случая эпилепсіи и Бехтеревской болѣзни—одервенѣлости позвоночника»), помѣщенной въ № 5 «Обозрѣнія Психіатріи, Неврол. и экспер. Псих.» за 1912 г.

heiten der nervösen Form der Steifigkeit und der Ankylosen der Wirbelsäule und ihre Behandlung".

12) Демонстраціи на секціи нервныхъ и душевныхъ болѣзней Пироговскаго съѣзда врачей въ С.-Петербургѣ. 1904.

13) Пренія по докладу: Пр.-доц. В. П. Осипова въ засѣданіи 16 мая 1902 г. „Научнаго собранія врачей С.-Петерб. Клиники душевныхъ и нервныхъ болѣзней": „Обозр. Псих., невр. и экс. псих.", 1903, 8.

14) по докладу д-ра Трошина: засѣд. 23 янв. 1903 г. „Науч. соб. вр. С.-Петер. клин. душев. и нер. бол.": „Обозр. Псих....", 1903, 12.

15) по докладу д-ровъ Трошина и Пуссепъ: „ibidem, засѣд. 27 марта 1903: „Обоз. Псих.....", 1903, 12.

16) по докладу д-ра Реймеръ: засѣд. 10 мая 1903 г. „Общ. Психіат. в. Петер." „Обозр. Псих....", 1903, 11.

1898 годъ: В. 17) Marie & Astie: „Pres. Med.".

1899 г.: 18) І. Я. Любовичъ: „Медиц. Обозрѣніе", августъ.

19) Н. Ф. Шаталовъ: „Медиц. Обозр.", май.

20) A. Hoffman: „Deut. Zeitsch. f. Nervenheilk. B. XV. H. 1—2.

21) Ch. Dana: „Medical News". v. 75, № 22: описываетъ 2 случая кифоза, похожихъ на Бехтеревскую форму.

22) Zenner: „Journ. of nerv. and ment. dis № 11": приводитъ случаи „Бехтеревской" формы"; изъ нихъ только 2 чистыхъ.

23) B. Sachs: „New-Jork Med. Journ.", 25 Nov.: трактуетъ объ отграниченіи Бехтеревской формы (leptomeningytis chronica) отъ формы Marie-Strümpell (rheumatismus chronicus s. atrhritis deformans).

24) Bregman: „Deut. Zeitsch. f. Nervenh.", B. XV. Б. 3—4: случай аналогичный Бехтеревской формѣ: сапожникъ, 38 лѣтъ; 4 г. назадъ развивается стойкій кифозъ верхнегруд. части и шейной, суставы конечностей свободны.

25) Ch. Dana: „Medical News", N 25: отграничиваетъ Бехтеревскую форму (этіологія: ревматизмъ, сифилисъ) и Strümpell-Marie (артритизмъ).

26) G. Kirchgaesser: „Münchener med. Wochensh.“, № 41: 2 случая хронич. анкилоза позвоночника у 20-ти и у 24-хъ лѣт. дѣвушекъ; одинъ случай можетъ быть отнесенъ къ смѣшанной формѣ.

1900 годъ: 27) H. Schlesinger: „Mitheil. aus d. Grenzg. d. Med. u. Chir.“, Bd. 6, H. 2: см. также: „Wiener klin. Woschensch.“, XII Jahr., 1899, № 49: одинъ случай относится къ Бехтеревской формѣ.

28) Heiligenthal: „Deut. Zeit. f. Nervenh.“, B. 16; см. также: „Centralb. f. d. Grenzg. d. Med. u. Chir.“. B. 3: какъ за патологическую основу Бехтеревской формы высказывается за первичное пораженіе piae.

29) F. Hartmann: "Jahrb. f. Psych. u, Neuro":

30) Kuhn: „Münch. med. Wochen“.:

31) B. Sachs & J. Fraenkel: „Journ. of nerv. and ment. dis.“, Jan.: примыкаютъ, по отношенію къ Бехтеревской болѣзни, къ ученію Б. М. Бехтерева въ отношеніи къ клинической картинѣ и къ констатированію leptomeningitis chronica, какъ анатомическій субстратъ этой формы, но ее считаетъ за секундарную форму.

32) A. Cantani: „Sezione medica“. V. VII—M. (f. 8—9): 10-ый случай относится къ Бехтеревской формѣ.

1901 годъ: 33) Л. М. Пуссепъ: „Врачъ“, № 32—32.

34) А. И. Кудряшевъ: „Врачъ“, 41.

35) С. Новосельскій: „Военно-Мед. Жур.

36) Д-ръ Винокуровъ: „Врачъ“.

37) Гизе: „Больн. Газета Боткина“.

1901 годъ: 38) П. А. Останковъ: „Больнич. Газета Боткина“.

39) В. П. Осиповъ: см. № 13.

40) Кушевъ: „Врач. газета“.

41) De Buck & Debray: „Journal de Neurol.“: 1-ый случай можно отнести къ смежнымъ съ Бехтеревской формой: больному 32 года, а въ анамнезѣ тяжелый тифъ.

42) Kedzior: „Wien. med. Wochensck.“ № 5—7: 4-ый случай относится къ Бехтеревской формѣ.

43) Magnus-Levy: „Mit. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.“ IX: 1-ый (больному 50 лѣтъ), 2-ой (54) и 3-ій (55) больные могутъ быть отнесены къ смежнымъ.

44) Pulawski: „Gazeta lekarska“, № 34: относит. случай къ смѣшаннымъ.

45) Vollheim: „Diss. Jena.

1903 годъ: 46) В. П. Осиповъ: „Болѣзнь Бехтерева“: „Юбилейн. сборникъ, посв. Акад. Б. М. Бехтереву“.

47) І. Я. Трошинъ: „Рус. Врачъ“: см. также № 14.

48) І. Я. Трошинъ и Л. М. Пуссепъ: см. № 15.

49) Реймеръ: см. № 16.

50) Kossobudzki: ref.: „Neurol. Central.“: случай у 19 лѣтней дѣвушки—форма M.-S.

1904 годъ: 47) М. О. Шайкевичъ: „Мед. Обозр.“; см. также „Врачъ“, 1899, № 51.

49) O. Niedner: „Charite Annalen“; XXVIII; „Jahrg. u. Leydens Fertsch.“, B. 11.

50) Reuter: „Archiv f. Orthopaedie“, 11.

51) W. Voltz: „Archiv f. Orthop.“, 11: 1-ый изъ 2 случаевъ можетъ быть отнесенъ къ смежной формѣ съ Бехтеревской.

1905 годъ: 52) Mingazzini: „Deut. Zeitsch. f. Nervenh.“, B. 28, H. 2—4: симптомокомплексъ случая долгіе годы не выяснялъ діагноза между: Бехтеревской формой, міогенной окоченѣлостью (Cassirer, pachymeningytis cervic. hyperthrophica и morbus Potti.

1906 г.: 53) F. Wiese: „Jnaug.—Dissert.: 2-ой изъ 2 случаевъ можно отнести къ пограничнымъ съ Бехтеревской.

54) Zuelzer: „Die Therapie d. Gegenwart.“, № 4: 2 смѣшанныхъ случая.

55) Schlayer: „Fortsch. a. d. Röntgen Stral.“, B. X, H. 5: относитъ Бехтеревскую форму къ spondylit. def.

1907 г.: См. № 11 В. П. Осиповъ къ дифференціальному распознаванію нервной формы одервенѣлости позвоночника—Неврологическій Вѣстникъ Т. XIV. в. 2. 1907 г.

1908 годъ: 56) Rhein J.: „The Journ. of the Amer. Med. Assoc.“, v. LI, № 6.

1909 годъ: 57) H. Landwehr: „Archiv f. Orthopoedie“, B. VII, H. 4.

58) Roudnew: „Nouv. Icon. de la Salp.“, № 5; смѣшанный случай.

1910 годъ: 58) Williams E.: „Medical Record“, v. 77, № 25: даетъ 3 случая похожихъ на Бехтеревскую форму; приходитъ къ заключенію о существованіи переходныхъ формъ и о возможности компликацій.

59) Wehrsig: „Virshows Archiv“, CCII, H. 2: случай можетъ быть отнесенъ къ смежнымъ.

1911 годъ. —

1912 годъ: 60) А. А. Суховъ: „Обозрѣніе Псих., Неврол. и эксп. псих.“, № 5.

Изъ клиники нервныхъ болѣзней проф. Н. М. Попова въ Одессѣ.

Къ вопросу о патогенезѣ атетоза.

„Athétose double".

Ордин. Е. Е. ДОБРОВОЛЬСКАГО.

Окончаніе.

Впервые указалъ на этотъ видъ наслѣдственныхъ движеній докторъ *Cliffort Alburt* въ 1872 г., а годъ спустя *Clay Shaw* довольно подробно описалъ ихъ клиническую картину. Въ настоящее время имѣется нѣсколько обширныхъ работъ по двойному атетозу—*Michailowsky*, *Haupt*, *Lewandowsky* и др., въ которыхъ, наряду съ клиническими приведены и патолого-анатомическія данныя—впрочемъ послѣднихъ немного: *Blocq* до 1892 г. собралъ ихъ всего 9, мы можемъ привести еще случаи *Massalongo*, *Pennato*, *Boinet*, *Haupt*'а, *Муратова*, *Fischer*'а, *Eisenlohr*'а, *Oppenheim*'а и *Mills*'а.

Не касаясь клиники двойного атетоза, которую можно найти у вышеприведенныхъ авторовъ, мы только приведемъ характерныя особенности указанныя ими.

„Athétose double" чаще поражаетъ женскій полъ; болѣзнь преимущественно ранняго дѣтства (*Massalongo*), при чемъ нѣкоторые допускаютъ начало заболѣванія еще во внутріутробной жизни (*Lewandowsky*); *Blocq* утверждаетъ, что чаще всего заболѣваютъ дѣти до 2-хъ лѣтняго возраста, затѣмъ отъ 2-хъ до 7-и лѣтъ и наконецъ въ 11-и изъ 72-хъ случаевъ заболѣваніе началось позже 16-и лѣтъ, изъ 79-и наблюденій, собранныхъ *Andry*, только въ 4-хъ случаяхъ болѣзнь развилась послѣ 30-и лѣтъ; *Boinet* описалъ два наблюденія „хроническаго, семейнаго атетоза", гдѣ первые при-

знаки болѣзни обнаружились послѣ 30-и лѣтъ; развивается двойной атетозъ исподволь (*Oppenheim*), теченіе однобразное (*Haupt*), болѣзнь неизлѣчимая (*Charcot*, *Andry*), иногда является непосредственной причиной смерти (*Blocq*), хотя описаны и случаи излѣченія (*Krafft-Ebing*, *Gurcio*); многіе авторы въ происхожденіи болѣзни большое значеніе приписываютъ наслѣдственности и индивидуальности (*Поповъ*, *Schilder*).

Въ большинствѣ случаевъ интеллектъ пораженъ: по даннымъ *Andry* въ 75%, по даннымъ *Michaïlowski*'аго изъ 67 случаевъ—въ 46-и, *Oppenheim* и *Marie* устанавливаютъ интактность интеллекта; нами собрано 61 случай „athétose double", пониженіе интеллекта мы опрѣдѣляемъ къ 33%, а психическія разстройства—10%; вообще же слѣдуетъ замѣтить, что въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ болѣзнь развилась въ первые годы жизни, разстройство интеллекта обычное явленіе. Рѣчь часто разстроена (*Blocq*), описаны случаи и полнаго отсутствія рѣчи (*Oppenheim*).

Поражены мышцы всего туловища, но чаще на верхнихъ конечностяхъ и преимущественно пальцы; въ процессъ довольно часто вовлекаются мышцы лица и языка; характерная „утиная походка"; спастическія явленія; у многихъ больныхъ произвольныя движенія не возможны (*Michaïlowski*); судороги обычное явленіе (*Massalongo*, *Gowey*), впрочемъ *Lewandowsky* описалъ нѣсколько случаевъ, въ которыхъ судорогъ не было; такія же наблюденія сдѣланы *Klempner*'омъ.

Чувствительность обыкновенно интактна.

Oulmont считаетъ характернымъ для двойного атетоза: 1) медленность движеній, 2) чрезмѣрность (Übermässigkeit), 3) ограниченіе движеній кистью и стопой и 4) трансформація въ интерметирующій спазмъ. *Lewandowsky* исключаетъ 2-й и 3 й пункты и наиболѣе характернымъ считаетъ склонность движеній переходить въ спазмы.

Относительно того считать-ли двойной атетозъ самостоятельнымъ заболѣваніемъ или отнести его къ группѣ хореи

respect. атетоза—мнѣнія разсходятся. *Charcot*, выдѣляя „athétose double“ въ самостоятельную единицу, обозначаетъ движенія при двойномъ атетозѣ „mouvements athétosiques“ въ отличіе отъ „mouvements athétoides“, когда наступаютъ спазмы болѣе или менѣе похожіе на геміатетозъ.

Marie разсматриваетъ двойной атетозъ какъ хорею, развившуюся на почвѣ церебральнаго заболѣванія въ раннемъ дѣтствѣ.

Grasset считаетъ его отдѣльнымъ видомъ хореи.

Oulmont не склоненъ разсматривать „athétose double“ какъ самостоятельное заболѣваніе; основываясь на клиническихъ данныхъ, онъ считаетъ его разновидностью геміатетоза и ставитъ ихъ въ такія же отношенія, какъ хорею къ гемихореѣ.

Lewandowsky говоритъ, что двойной атетозъ ни въ коемъ случаѣ нельзя разсматривать какъ билатеральный геміатетозъ.

Проф. *Поповъ* допускаетъ только количественную разницу, но не качественную и разсматриваетъ его какъ двусторонній геміатетозъ.

Brissaud et Hallion атетозъ и хроническую хорею разсматриваютъ не какъ одну болѣзнь, а какъ одну болѣзненную форму.

Huet выдѣляетъ „athétose double“ въ самостоятельное заболѣваніе, отличающееся отъ хореи только отсутствіемъ эластичности въ движеніяхъ и наличностью ригидности въ пораженныхъ конечностяхъ.

Blocq присоединяется къ взгляду *Lewandowsk*'аго.

Мы, раздѣляя взглядъ проф. *Попова*, не видимъ данныхъ для выдѣленія „athétose double“ въ отдѣльное заболѣваніе и разсматриваемъ его какъ общій геміатетозъ. Изъ литературы извѣстно что двойной атетозъ часто начинается геміатетозомъ или даже моноатетозомъ и только съ теченіемъ времени охватываетъ всѣ конечности и туловище (*Mills*, *Sölder*, *Scharkey*, *Boucarut* и др.), при чемъ иногда, какъ въ случаѣ *Sölder*'а,

проходитъ годъ и больше прежде чѣмъ картина болѣзни, развернется во всемъ ея объемѣ. По клинической картинѣ онъ почти не отличается отъ геміатетоза и если-бы мы на гемихорею смотрѣли какъ на самостоятельное заболѣваніе, то „athétose double" считали-бы переходомъ отъ хореи къ атетозу. Всѣ эти три вида насильственныхъ движеній мы представляемъ себѣ какъ выраженіе, симптомъ одного и того же процесса, съ измѣненіями однихъ и тѣхъ же элементовъ центральнаго органа движенія, но только въ большей или меньшей степени.

Что же касается вопроса о патогенезѣ двойного атетоза, то здѣсь существуетъ нѣсколько гипотезъ, которыя можно раздѣлить на двѣ большихъ группы—корковую и субкортикальную. Какъ та, такъ и другая существенно не отличаются отъ вышеприведенныхъ теорій.

Kurella въ своемъ случаѣ нашелъ при посмертномъ изслѣдованіи множественный пахименингитъ при отсутствіи какихъ-либо другихъ измѣненій; опираясь на эти данныя, развитіе двойного атетоза онъ объясняетъ разлитымъ пораженіемъ коры большого мозга.

Balfur и *Beach* являются сторонниками корковой локализаціи, такъ какъ въ ихъ случаяхъ было найдено только поврежденіе коры при полной интактности субкортикальныхъ образованій.

Grasset ищетъ причину двойного атетоза въ атрофическихъ измѣненіяхъ коры мозга.

Déjerine, *Sollier*, *Küssner* и *Ewald* высказываются за корковую локализацію, при чемъ на измѣненія въ базальныхъ гангліяхъ и въ центробѣжныхъ волокнахъ смотрятъ какъ на явленія вторичныя.

Сюда же примыкаетъ *Korany* и *Krafft-Ebing*, наблюдавшій случай излѣченія двойного атетоза.

Massalongo считаетъ „athétose double" первоначально болѣзнью корковой и въ числѣ предвходящихъ моментовъ, спо-

собствующихъ ея развитію, а иногда являющихся непосредственной причиной, указываетъ на тяжелые роды и какъ слѣдствіе ихъ капилярныя геморрагіи, вызванныя асфиксіей, инфекціей и др.

Lewandowsky считаетъ общепризнаннымъ, что причиной двойного атетоза является разлитое поврежденіе коры.

Н. М. Поповъ, говоря о патогенезѣ атетоза, допускаетъ разлитое пораженіе коры при условіи наличности измѣненій въ психомоторной зонѣ; какъ на одну изъ частыхъ причинъ этихъ измѣненій онъ указываетъ на воспалительные процессы оболочекъ мозга.

Eichhorst ищетъ объясненіе at. d. въ поврежденіи thalami optici и corporis striati.

Eisenlohr допускаетъ фокусное пораженіе шейной части спинного мозга.

Fischer гипотезу *Bonhoëffer*'а считаетъ вполнѣ объясняющей и двойной атетозъ при условіи соотвѣтствующаго двусторонняго поврежденія мозга.

Нѣсколько иного мнѣнія придерживаются клиницисты, которымъ удалось наблюдать двойной атетозъ въ связи съ tabes dorsalis. *Rosenbach* первый наблюдалъ, а затѣмъ описалъ подобную комбинацію; случай его интересенъ тѣмъ, что это единственный, изъ 10 описанныхъ наблюденій tabo-athetosis'а, дошедшій до вскрытія. Tabo-athetosis описали: *Laquer*, *Andry*, *Gurcio*, *Franke-Hochvart*, *Frenkel* и *Arnsperger*— два случая.

Andry говоритъ, что при tabo-athetos'ѣ насильственныя движенія происходятъ вслѣдствіе поврежденія боковыхъ столбовъ, но въ большинствѣ случаевъ эти измѣненія невидимы глазомъ.

Frankl-Hochvart склоняется къ тому-же предположенію.

Gurcio не можетъ объяснить двойной атетозъ при tabes'ѣ разсѣяннымъ склерозомъ коры, но допускаетъ развитіе насиль-

ственныхъ движеній какъ слѣдствіе атаксіи и разстройства мышечнаго чувства.

Rosenbach въ своемъ случаѣ при посмертномъ изслѣдованіи нашелъ дегенераціи въ заднихъ столбахъ, а въ головномъ мозгу сѣрожелтый очагъ, захватившій n. lentiformis; касаясь вопроса относительно патогенеза, онъ высказывается за возможность спинальнаго происхожденія атетоза.

Laquer ищетъ объясненіе насильственныхъ движеній при tabo-athetos'ѣ въ спино-мозговыхъ измѣненіяхъ.

Frenkel считаетъ атетозъ при tabes'ѣ, какъ, хотя рѣдкое и поздно наступающее, но характерное для спинной сухотки явленіе.

Arnsperger, допуская возможность измѣненій въ спинномъ мозгу, все таки высказывается за церебральное происхожденіе атетоза при tabes'ѣ и именно за корковое.

Найденное фокусное поврежденіе въ случаѣ *Rosenbach*'а, мы считаемъ случайнымъ по соображеніямъ вышеприведеннымъ; при оцѣнкѣ различныхъ гипотезъ относительно патогенеза геміатетоза нами уже указано почему субкортикальная локализація не можетъ быть пріемлема; здѣсь же обратимъ вниманіе на одну особенность—поврежденіе въ случаѣ *Rosenbach*'а одностороннее, а атетозъ двустороній (*Arnsperger*).

Что же касается атетоза при tabes'ѣ, то мы полагаемъ, что онъ является заболѣваніемъ самостоятельнымъ, развившимся независимо отъ спинной сухотки, какъ слѣдствіе измѣненій въ головномъ мозгу, но отнюдь не въ спинномъ; впрочемъ мы не исключаемъ возможности развитія обоихъ заболѣваній вслѣдствіе одного общаго условія, но мы допускаемъ только причинную связь.

То обстоятельство, что tabes dorsalis заболѣваніе чрезвычайно часто встрѣчающееся, а въ связи съ атетозомъ пока описано всего 10 наблюденій—является лучшимъ возраженіемъ *Frenkel*'ю и tuti quanti.

Не вдаваясь въ оцѣнку каждаго отдѣльнаго взгляда относительно природы „athétose double", укажемъ, что большинство изъ нихъ опирается на единичные случаи, часто противорѣчащіе другъ другу.

Не выдѣляя двойной атетозъ въ самостоятельное заболѣваніе, а разсматривая его какъ двусторонній геміатетозъ, мы тѣмъ самымъ вопросъ о патогенезѣ для обоихъ видовъ считаемъ тождественнымъ и слѣдовательно присоединяемся къ сторонникамъ корковаго его происхожденія.

Остальныя предположенія о природѣ „athétose double" исходятъ изъ поврежденій субкортикальныхъ образованій. Во избѣжаніе повтореній не будемъ касаться фактовъ, противорѣчащихъ, приведенныхъ нами при анализѣ гипотезъ о подкорковомъ происхожденіи геміатетоза. Здѣсь же считаемъ умѣстнымъ указать на логическую ошибку, которую допускаютъ сторонники этого взгляда относительно двойного атетоза: если одностороннее очаговое поврежденіе является причиной геміатетоза respect. гемихореи, то естественно, что „athétose double" можетъ развиться только при условіи наличности симметричныхъ двусторонніхъ поврежденій тѣхъ же гангліевъ или системъ; а между тѣмъ сплошь и рядомъ мы встрѣчаемся съ такими фактами, что одностороннее поврежденіе какого-нибудь ядра проявляется двустороннимъ атетозомъ (случаи *Муратова*, *Rosenbach*'а и др.). а двустороннее поврежденіе, даже симметричное, либо геміатетозомъ, либо paralysis agitans (*Fischer*); въ обоихъ же случаяхъ чаще всего отсутствіе насильственныхъ движеній (2-й случай *Муратова*, сл. *Weissenburg*'а [1]).

Наряду съ этимъ при отсутствіи поврежденій базальныхъ гангліевъ и при наличности измѣненій въ клѣткахъ коры (*Pennato*), или вообще въ корѣ (*Massalongo*, *Haupt*), нако-

[1]) Цитир. по *Jacob*'у.

нецъ въ связи съ грубыми поврежденіями коры или оболочекъ *Boucarut*, *Boucaut*, *Baboneix et Paisseau*, *Boinet*, *Mills*, *Kurella*, *Поповъ* и др.) наблюдался при жизни двойной атетозъ.

Bournevill и *Pillet* [1]) описали три случая, въ которыхъ при посмертномъ изслѣдованіи ни макроскопическихъ, ни микроскопическихъ измѣненій въ мозгу не обнаружено не смотря на всю тщательность изслѣдованія.

Всѣ эти факты, конечно, говорятъ не въ пользу гипотезы о субкортикальной локализаціи; допуская же тѣ или иныя измѣненія въ клѣткахъ коры, хотя бы еще и не найденныя, а что таковыя должны быть—доказываетъ случай *Anschütz*'а, мы можемъ дать вполнѣ удовлетворительное и пожалуй исчерпывающее объясненіе происхожденія насильственныхъ движеній.

Закончивъ критическій очеркъ различныхъ ученій по вопросу о патогенезѣ атетоза, мы переходимъ къ краткому литературному обзору, собранныхъ нами случаевъ, начиная съ 1890 г., при чемъ сюда вошло нѣсколько случаевъ, описанныхъ до 90 г.

За неимѣніемъ мѣста, мы не могли включить сюда всего собраннаго матеріала; здѣсь приведены только всѣ случаи, закончившіеся аутопсіей и только нѣкоторыя клиническія наблюденія, представляющія извѣстный интересъ.

Литературный обзоръ.

а) Случаи геміатетоза съ послѣдующей аутопсіей.

Herz. Женщина 30 л., съ дѣтства атетоидныя движенія въ правомъ плечѣ и половинѣ лица; погибла отъ туберкулеза.

---

[1]) Цитир. по *Naupt*'у.

Autopsia: въ thalamus opticus старая киста, занимающая переднюю и среднюю треть бугра; разрушено латеральное ядро и lamina media и часть средняго ядра; внутренняя капсула и regio supthalamica не измѣнены.

Schilder. У 4-хъ лѣтняго ребенка въ связи съ коклюшемъ развилась гемиплегія; въ дальнѣйшемъ головныя боли, рвота и хорео-атетоидныя движенія въ парализованной кисти; нѣтъ застойнаго соска, Wassermann—негативный; въ концѣ болѣзни эпилептическіе припадки.

Autopsia: tumor въ n. lentiformis s., въ области верхняго червя и lobus quadrangularis dext. рѣзкое уплотненіе и напряженіе мозгового вещества.

Разстройство движеній авторъ пытается поставить въ зависимость отъ размягченія n. dentati и вытекающаго отсюда раздраженія; ввиду наличности двухъ очаговъ авторъ затрудняется высказаться относительно патогенеза насильственныхъ движеній опредѣленно; въ развитіи насильственныхъ движеній допускаетъ участіе чечевицеобразнаго ядра

Eichhorst. Описанъ случай правосторонней дѣтской гемиплегіи, осложненной атетозомъ съ 5-и лѣтъ; умерла больная на 56 г.

Autopsia: апоплектическая киста, занимающая заднюю половину n. caudati sin., захватила внутреннюю и внѣшнюю капсулы, гдѣ имѣется тонкій рубецъ; киста величиной въ орѣхъ ограничена богатой сосудами оболочкой.

При микроскопическомъ изслѣдованіи мышцъ (m. extensoris digit. com. dext.) найдены измѣненія—волокна разрѣжены, многія фибрилли едва достигали четверти ихъ нормальной величины, нѣкоторыя же наоборотъ были рѣзко гипертрофированы; поперечная полосатость ясная; въ ядрахъ ничего не найдено; нервы, сопровождающіе мышечныя волокна, рѣзко перерождены; большинство нервныхъ оболочекъ были пусты или наполнены ядрами.

На основаніи этого наблюденія авторъ полагаетъ, что достаточно нѣсколько здоровыхъ нервныхъ волоконъ, чтобы центральный двигательный импульсъ могъ достигнуть периферіи. Въ 18 своихъ наблюденіяхъ авторъ почти всегда находилъ въ большей или меньшей степени поврежденіе thalami optici и n. lentiformis, но не смотря на это говоритъ, что „нельзя утверждать, что атетоидныя движенія являются при-

знакомъ поврежденія этихъ ядеръ, такъ какъ сплошь и рядомъ при измѣненіи ихъ насильственныхъ движеній не бываетъ". Атетоидныя движенія *Eichhorst* объясняетъ раздраженіемъ пирамидныхъ путей при ихъ переходѣ въ задній отдѣлъ внутренней капсулы при этомъ допускаетъ вліяніе характера поврежденія.

Déjerine et Thomas. Рѣчь идетъ о 69 л. гемиплегичкѣ, у которой вскорѣ послѣ инсульта развился атетозъ на той же лѣвой сторонѣ.

Autopsia: на внутренней поверхности параллельно срѣзу Flechsig'a имѣется рубецъ, относящійся къ средней трети верхней поверхности thalami optici dext., продолжающійся кнаружи на n. caudatus и на бѣлое вещество; на горизонтальныхъ срѣзахъ, проходящихъ черезъ ножку corpus radiatae, открывается рубецъ и небольшая полость, занимающіе среднюю треть.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдена атрофія ножекъ и пирамидъ съ той же стороны На срѣзахъ видна ассиметрія мозга—лѣвое полушаріе меньше праваго. Всѣ волокна задняго сегмента разрушены, n. lentiformis и thalamus opticus слегка повреждены въ зависимости отъ тракціи рубца; маленькая полость, занимающая внутреннюю капсулу, продолжается въ среднюю часть зрительнаго бугра; разрушено ядро Flechsig'a, наружное и боковыя и внутреннее ядро задѣто слегка: thalamo-lentiform'ныя волокна повреждены; въ средней трети внутренней капсулы и въ ножкѣ перерожденія; по направленію къ спинному мозгу дегенераціи сглаживаются; substantia nigra и n. ruber слегка измѣнены; лѣвый пирамидный путь отчасти исчезъ, правый уменьшенъ въ объемѣ; л. мозжечковая ножка меньше правой съ атрофіей n. rubri.

Лѣвая половина спинного мозга меньше правой на всемъ протяженіи; волоконъ меньше, сѣрое вещество менѣе развито.

Въ клѣткахъ переднихъ роговъ измѣненій нѣтъ.

Случай гистологически изслѣдованъ очень подробно, но ввиду разлитого пораженія авторы отказываются происхожденіе атетоидныхъ движеній поставить въ зависимость отъ тѣхъ или иныхъ измѣненій.

Mari et Guillen описали случай атетоза съ пораженіемъ лѣвой половины лица и л. верхней конечности; произвольныя движенія рѣзко ограничены.

Autopsia: очагъ въ n. ruber dext., разрушившій ядро вмѣстѣ съ капсулой; л. соединительная ножка атрофирована; правый задній продольный пучекъ атрофированъ; substantia reticularis почти отсутствуетъ: центральный черничковый путь справа атрофированъ; клѣтки въ прав. оливѣ уменьшены; атрофированы и волокна, идущія отъ мозжечка къ оливѣ.

Въ спинномъ мозгу найдены самостоятельныя измѣненія, происходящія отъ другого очага. Въ мозжечкѣ n. dentatus sinister атрофированъ.

Sacaze et Galaviele. Женщина 62 л.; апоплектическій инсультъ съ лѣвосторонней гемиплегіей и гемихореей; продолжительность болѣзни $3^1/_2$ г. Очаговые симптомы: полная моторная афазія, дисфагія, частичный параличъ языка и мягкаго неба. Смерть отъ пневмоніи.

Autopsia: въ правомъ полушаріи очагъ размягченія въ передней верхней части putaminis, разрушившій сосѣднюю часть внутренней капсулы до бокового желудочка въ л. полушаріи очагъ размягченія въ переднемъ сегментѣ внутренней капсулы, въ хвостатомъ и чечевицеобразномъ ядрахъ и въ задней верхней части thalami optici.

Микроскопически—въ bulbus'ѣ и in pontem Warolii полная правосторонняя дегенерація пирамиднаго пути.

Birckenstaedt. Женщина 30 л., въ анамнезѣ преждевременные роды и нефритъ; апоплексія съ правосторонней гемиплегіей и параличемъ n. abducentis d. et oculomotorii,—n. facialis et n. hypoglossi sin. и правосторонней гипестезіей.

Черезъ годъ въ правой кисти при молніеносныхъ болѣхъ развились атетоидныя движенія.

Autopsia: артеріи всюду расширены, встрѣчаются аневризмы; желудочки расширены и наполнены разжиженой кровью; въ infundibulum пробка; въ пр. fimbria желто-бѣлый фокусъ; n. lentiformis dext. поврежденъ—въ немъ много мелкихъ кистъ; thalamus opticus sin. особенно pulvinar, рѣзко измѣнены и представляютъ свѣтло-желтый рубецъ; въ n. lentiformis sin. киста величиной въ фасоль; кора гиперемирована, въ л. лобной части свѣжее кровоизліяніе; эпендима утолщена всюду.

Микроскопическое изслѣдованіе не было произведено.

Berger. См. стр.

Romagna Manoia описалъ случай гемихореи у 9 л. ребенка; движенія носили хорео-атетоидный характеръ въ лицѣ, шеѣ и правомъ плечѣ.

Autopsia: въ корѣ верхней париетальной части лѣваго полушарія найдена киста съ атрофіей прилежащаго мозгового вещества.

Sander. См. стр.

Raymond. Больной 40 л., страдаетъ туберкулезомъ легкихъ, лѣвосторонней гемиплегіей съ параличемъ глазныхъ мышцъ; съ теченіемъ времени л. гемипарезъ осложнился атетозомъ на той же сторонѣ.

Autopsia: въ области задняго четверохолмія найдено новообразованіе туберкулезнаго характера; волокна, идущія отъ коры къ VI-й парѣ и связывающія III-ю съ VI-й парой, рѣзко измѣнены.

Авторъ воздерживается отъ какихъ-либо обобщеній.

Pineles. Больной 60 л., атетозъ во всей лѣвой рукѣ; при поворачиваніи глазъ влѣво нистагмъ, атактическая походка; ригидности нѣтъ, чувствительность нормальна.

Autopsia: въ лѣвомъ полушаріи мозжечка tumor туберкулезнаго происхожденія, величиной съ большой орѣхъ, расположенный въ lobus quadrangularis и разрушившій весь n. dentatus sin. и нервныя волокна, связующіе его съ другими ядрами.

Boinet. Рѣчь идетъ о 18 л. дѣвушкѣ, страдающей туберкулезомъ легкихъ; съ теченіемъ времени развиваются менингіальныя явленія съ конвульсіями въ правыхъ конечностяхъ, носящими характеръ Джаксоновской эпилепсіи; по мѣрѣ развитія болѣзни появляются хореатическія движенія въ пр. плечѣ и атетоидныя въ той же кисти; гиперестезія пр. половины тѣла, контрактуры въ нижней конечности и разстройство сознанія.

Autopsia: свѣжій туберкулезный лепто-менингитъ надлобной и париетальной доли съ преимущественнымъ участіемъ психомоторной зоны; въ той же области поверхностный энцефалитъ.

Boucaut описалъ такой же случай.

Fischer описалъ случай атетоза въ связи съ прогрессивнымъ параличемъ. Б—й 46 л., страдаетъ правосторонней

гемиплегіей, лѣвостороннимъ параличемъ n. oculomotorii и геміатетозомъ на парализованной сторонѣ.

Autopsia: энцефалитическое размягченіе nuc. rubri tegmenti нижней части thalami optici и n. lentiformis лѣвой стороны.

Гистологически найдено: диффузное паралитическое мозговое заболѣваніе, очагъ въ мозговомъ стволѣ, идущій отъ четверохолмія къ передней коммисурѣ—до основанія лобныхъ долей; въ области четверохолмія разрушена петля, соединительная ножка съ краснымъ ядромъ и выступающая часть ядра n. oculomotorii, затѣмъ thalamus opticus и n. lentiformis.

Очагъ гистологически представлялъ особый видъ энцефалита.

Haenel описалъ случай церебральнаго дѣтскаго паралича съ рѣзкой атрофіей лѣвыхъ конечностей, осложненнаго атетозомъ л. кисти. Грубая мышечная сила слегка уменьшена, сухожильные рефлексы отсутствуютъ; n. facialis слегка паретиченъ; чувствительность нормальна; эпилепсіи нѣтъ.

Autopsia: старый рубецъ въ началѣ правой мозговой ножки подъ петлей n. lentiformis, продолжающійся во внутриколѣнный крючекъ и въ заднее четверохолміе; очагъ разрушилъ мозговую ножку, повелъ къ вторичному исчезновенію пирамиднаго пути и сильному уменьшенію объема правой половины pontis Warolii.

Микроскопически найдено увеличеніе числа волоконъ въ чепчикѣ (какъ всѣдствіе гипертрофіи имѣющихся пучковъ, такъ и по причинѣ новообразованія нормально отсутствующихъ волоконъ).

Въ переднихъ рогахъ спиннаго мозга найдено уменьшеніе числа клѣтокъ.

Авторъ говоритъ, что его случай, въ противоположность взгляду Monakow'a, доказываетъ необязательность участія пирамидныхъ путей при возникновеніи насильственныхъ движеній и что при совершенномъ отсутствіи пирамиднаго пути сухожильные рефлексы противоположной стороны могутъ отсутствовать.

Haenel, присоединяясь къ взгляду Bonhoëffer'a поврежденіе thalami optici и n. lentiformis считаетъ несущественнымъ и допускаетъ участіе новообразованныхъ пучковъ въ развитіи атетоидныхъ движеній.

Fischer наблюдалъ случай прогрессивнаго паралича въ связи съ лѣвосторонней гемихореей. Б—й 39 л., 14 лѣтъ тому назадъ lues, а 10 лѣтъ спустя начало прогрессивнаго паралича на 38-мъ году нѣсколько эпилептическихъ припадковъ и лѣвосторонняя гемиплегія, осложненная гемихореей.

Autopsia: мозгъ ассиметриченъ—правое полушаріе значительно меньше лѣваго во всѣхъ его частяхъ; thalamus opticus, globus pallidus и n. lentiformis атрофированы, внутренняя капсула сужена.

Въ спинномъ мозгу пирамидные пути не одинаковы.

Гистологически—типичная картина прогрессивнаго паралича съ сильнымъ пятнистымъ исчезновеніемъ вещества мозга. Въ центральныхъ извилинахъ праваго полушарія спонгіозное исчезновеніе коры.

Fischer же наблюдалъ случай временной гемихореи.

Б—й 55 л., боленъ годъ; дементность, клоническія судороги правой половины тѣла, наступающія припадочно и исчезнувшіе черезъ три часа; правое плечо въ движеніи, усиливающимся при волевыхъ актахъ.

Autopsia: свѣжее размягченіе (авторъ опредѣляетъ въ 10—14 дней) въ n. lentiformis и въ centrum semiovalae лѣваго полушарія.

Frey наблюдалъ случай геміатетоза по временамъ смѣняемаго двойнымъ атетозомъ. Описана женщина съ правосторонней гемиплегіей; парализованная рука въ контрактурѣ; атетозъ въ кисти и предплечіи правой руки; иногда такія же движенія бываютъ и въ лѣвой рукѣ; дементность.

Autopsia: въ лѣвомъ зрительномъ бугрѣ геморрагическій очагъ съ измѣненіемъ ядеръ: внутренняя капсула мало пострадала.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено полное разрушеніе n. thalami externi—вмѣсто него рубецъ; капсула, граничащая съ бугромъ, повреждена; волокна, идущія къ корѣ измѣнены; putamen безъ измѣненій; волокна, идущія отъ n. ruber къ бугру и къ n. lentiformis измѣнены; верхняя часть n. rubri, пучекъ Meynert'a и нѣкоторыя волокна во внутренней капсулѣ дегенерированы; корешки n. oculomotorii не пострадали; въ radiatio rubro-thalamica и rubro-lentiformis значительное выпаденіе волоконъ; пирамидные пути въ мосту

слегка дегенерированы съ обѣихъ сторонъ — правый измѣненъ сильнѣе.

Въ спинномъ мозгу патологическихъ измѣненій нѣтъ.

Авторъ высказываетъ очень осторожное предположеніе: „Въ этомъ случаѣ геміатетозъ, кажется, происходитъ изъ инвертерированнаго очага thalami optici".

Къ сожалѣнію мы не знаемъ было-ли произведено изслѣдованіе коры — по всей вѣроятности нѣтъ, такъ какъ авторъ по этому поводу ничего не говоритъ.

b) Случаи „athétose double" съ послѣдущей аутопсіей.

Mills. Описанъ случай атетоза, развившагося въ связи съ солнечнымъ ударомъ; болѣзнь началась за 9 л. до смерти; вначалѣ появились эпилептическіе припадки, а затѣмъ уже присоединились спастическія явленія и атетоидныя движенія въ лѣвой половинѣ тѣла, преимущественно въ лицѣ и рукѣ; затѣмъ съ теченіемъ времени насильственныя движенія охватили и правую половину тѣла; чувствительность на лѣвой сторонѣ понижена. Произвольныя движенія усиливаютъ атетозъ.

Autopsia: разлитой менингитъ, выраженный особенно рѣзко въ паріетальныхъ доляхъ, гдѣ твердая и мягкая оболочки срослись: въ этой же области найдено обширное размягченіе коры и отчасти бѣлаго вещества мозга. Базальные сосуды имѣли напряженные стѣнки.

Тоническія судороги авторъ объясняетъ субкорковымъ размягченіемъ.

Eisenlohr описалъ случай атетоза, развившагося на 5-мъ мѣсяцѣ жизни. Женщина 68 л. родилась за 8 недѣль до срока, атетоидныя движенія во всѣхъ мышцахъ за исключеніемъ глазныхъ; контрактуры, мышцы редуцированы — атрофій нѣтъ, чувствительность и рефлексы нормальны; интеллектъ пониженъ.

Autopsia: развитой атероматозъ базальныхъ сосудовъ мозга.

Микроскопически въ мышцахъ и периферическихъ нервахъ измѣненій не найдено; измѣненія найдены только въ спинномъ мозгу и рѣзче всего выражены на уровнѣ 7-го шейнаго позвонка — все сѣрое вещество разрѣжено, клѣтки переднихъ роговъ всѣхъ группъ редуцированы и сокращены

въ числѣ, сосуды въ мѣстахъ дегенераціи въ заднихъ рогахъ облитерированы, задніе и боковые столбы, граничащіе съ дорсо-латеральной стороной переднихъ и заднихъ роговъ обнаруживаютъ перерожденныя части съ значительнымъ выпаденіемъ волоконъ и облитераціей сосудовъ; передніе столбы нормальны, въ заднихъ столбахъ имѣется симметрично-перерожденное поле; соотвѣтствующее внутреннему отдѣлу Бурдаховскихъ столбовъ.

Выше 4-го шейнаго позвонка въ сѣромъ веществѣ измѣненій нѣтъ, въ бѣломъ же веществѣ ихъ можно еще найти и на высотѣ перекреста пирамидъ; идя книзу измѣненія встрѣчаются до 3 грудного позвонка.

Авторъ подчеркиваетъ, что его поразило отсутсвіе измѣненій въ головномъ мозгу, въ особенности въ базальныхъ гангліяхъ: для него были совершенно неожиданны тѣ измѣненія, которыя онъ нашелъ въ спинномъ мозгу. Характеръ измѣненій не системный, относящійся къ давнишнему процессу и напоминающій хроническій, множественный склерозъ; авторъ опредѣляетъ его какъ хроническій центральный міелитъ.

Въ заключеніе Eisenlohr подчеркиваетъ, что участіе мимическихъ и рѣчевыхъ мышцъ анатомически не могло быть объяснено.

Oppenheim наблюдалъ атетозъ, развившійся въ дѣтствѣ въ связи съ спастической церебральной диплегіей.

Autopsia: макроскопически—никакихъ измѣненій не найдено; кромѣ нѣкотораго уменьшенія величины полушарій.

При микроскопическомъ изслѣдованіи авторъ нашелъ задержку въ развитіи обоихъ полушарій.

Pennato наблюдалъ атетозъ въ связи съ мозговыми и спинномозговыми явленіями. Клиническій симптомокомплексъ: остановка развитія, лѣвосторонній гемипарезъ, пониженіе мышечнаго тонуса, эпилептическіе припадки и насильственныя движенія.

Autopsia: ассиметричная микроцефалія; мозгъ нессиметриченъ, уплотненіе арохноидальной оболочки, трофическія измѣненія клѣтокъ коры мозга; гипертрофія л. половины pontis Warolii.

Боковой спинномозговой склерозъ.

Авторъ исключаетъ возможность периферическаго или спинномозгового происхожденія атетоза. Говоря о физіологіи насильственныхъ движеній, авторъ присоединяется къ взгляду Massalongo, что „двигательныя клѣтки коры являются единственнымъ центромъ хореическихъ и атетоидныхъ движеній".

Massalongo: Рѣчь идетъ о 4-хъ лѣтнемъ ребенкѣ; отецъ алкоголикъ; тяжелые роды; б—й родился въ асфиксіи; на второй недѣлѣ появились атетоидныя движенія.

Черепъ въ затылочной области сплюснутъ; отсутствіе членораздѣльной рѣчи, затрудненіе глотанія, атетозъ всѣхъ конечностей, смерть отъ бронхопневмоніи.

Autopsia: гиперемія мозговыхъ оболочекъ, pia въ нѣкоторыхъ мѣстахъ приросла, извилины сжаты и уплощены; лобныя извилины и g. paracentralis anterior блѣдно-сѣры, уплотнены и морщинисты; бѣлое вещество этой области окрашено въ сѣрый цвѣтъ.

Легкая гиперемія спинномозговыхъ оболочекъ съ большимъ количествомъ эксудата въ субъарахноидальной области.

Микроскопически найдено истонченіе волоконъ пирамидныхъ путей и перерожденіе центральной части ихъ.

Anton наблюдалъ атетозъ у 9-и лѣтняго ребенка, развившійся черезъ 9 мѣсяцевъ послѣ скарлатины; насильственныя движенія во всѣхъ мышцахъ; произвольная иннервація невозможна, интеллектъ не пострадалъ.

Autopsia: при тщательномъ гистологическомъ изслѣдованіи найдены измѣненія только въ putamen съ обѣихъ сторонъ, петля и n. lentiformis редуцированы слѣва.

Haupt наблюдалъ случай идіопатическаго атетоза. Б—я 11 лѣтъ. родители близкіе родственники, есть указаніе на алкоголизмъ; медленное развитіе, рахитъ; на 3 году дифтеритъ, послѣ котораго наступило ослабленіе зрѣнія, рѣзкая слабость въ ногахъ и задержка интеллектуальнаго развитія; слабость въ ногахъ увеличивалась и въ 6 лѣтъ б—я совершенно не могла ходить; въ 9 л. помѣщена въ психіатрическую лечебницу.

Status praesens; физическая отсталость, походка (съ посторонней помощью) спастическая; нѣтъ атаксіи, тремора и атетоза; черезъ годъ рѣзкая дементность, отсутствіе рѣчи, постоянныя движенія языка, разстройство глотанія, увеличе-

ніе ригидности, пониженіе сухожильныхъ, рефлексовъ и атетоидныя движенія въ кистяхъ и стопахъ; имѣются содвиженія.

Autopsia: макроскопически—измѣненій нѣтъ.

При микроскопическомъ изслѣдованіи найдено: мышцы и периферическіе нервы нормальны; въ спинномъ мозгу измѣненій нѣтъ; въ головномъ мозгу нигдѣ нѣтъ измѣненій за исключеніемъ коры лѣвой темянной доли (авторъ указываетъ, что вся кора не была изслѣдована), гдѣ обнаруженъ старый энцефалитическій очагъ съ измѣненіемъ клѣточныхъ элементовъ.

Авторъ вполнѣ соглашается съ Lewandowsky'мъ, что атетозъ есть результатъ поврежденія коры въ дѣтскомъ возрастѣ, которое можетъ быть объяснено особыми условіями роста.

Fischer описалъ случай двойного атетоза, происхожденіе котораго онъ ставитъ въ связь съ пигментнымъ перерожденіемъ ядеръ клѣтокъ обоихъ чечевицеобразныхъ гангліевъ.

Б—й 17 лѣтъ; до 15 л. совершенно здоровъ; послѣ какого-то заболѣванія начались постоянныя безпокойныя движенія въ конечностяхъ и мышцахъ лица; привычные вывихи, разстройство походки; во снѣ и при нѣкоторыхъ волевыхъ актахъ эти движенія отсутствуютъ; мускулатура тонически напряжена; интеллектъ пониженъ. Смерть 21 г. отъ туберкулеза.

Autopsia: globus pallidus сильно уменьшенъ, сморщенъ, коричневатой окраски (съ обѣихъ сторонъ).

Микроскопически найдено: кора нормальна, атрофія n. lentiformis, уменьшеніе thalami optici и внутренней капсулы.

Гангліевы клѣтки мѣстами увеличены, шарообразны; въ плазмѣ много темныхъ шариковъ и зернышекъ.

c) Клиническія наблюденія геміатетоза.

Tumpowski описалъ случай односторонняго спастическаго паралича, осложненнаго атетозомъ у 15 л. юноши; случай интересенъ тѣмъ, что съ теченіемъ времени атетоидныя движенія совершенно исчезли, но по мѣрѣ ихъ уменьшенія стали выступать атрофіи мышцъ, пораженной конечности, при нормальной ихъ электровозбудимости.

Ratner наблюдалъ атетозъ съ атаксіей и интенціоннымъ дрожаніемъ у женщины 21 г.; на 10 г. лѣвосторонняя гемиплегія, съ теченіемъ времени развиваются насильственныя движенія; при волевыхъ импульсахъ появляются содвиженія; при закрытыхъ глазахъ треморъ всего тѣла.

Россолимо описалъ случай хорео-атетоза въ связи съ атаксіей полиневритическаго характера при отсутствіи видимыхъ заболѣваній центральной нервной системы.

Infeld. У 6—го алкоголика 3 года спустя послѣ травмы головы развилась гемиплегія, осложненная атетозомъ въ связи съ атаксіей и интенціоннымъ дрожаніемъ.

Zwoboda наблюдалъ атетозъ у 11 л. дѣвочки, развившійся на парализованной сторонѣ послѣ прививія оспы. У отца въ прошломъ lues.

Fischer наблюдалъ атетозъ, развившійся у ревматика одновременно съ перикардитомъ: благодаря энергичной мышьяковой терапіи насильственныя движенія исчезли.

Разсматривая атетозъ, хорею и эпилепсію какъ родственныя болѣзненыя формы, авторъ допускаетъ, что всѣ онѣ обусловливаются раздраженіемъ чувствительныхъ элементовъ мозга, рефлекторно вызывая движенія; въ доказательство своего предположенія онъ указываетъ на возникновеніе эпилепсіи и хронической хореи при периферическихъ раздраженіяхъ и прекращеніе ихъ при устраненіи послѣднихъ.

Dupré et Lemoin описали случай атетоза съ геміатаксіей, развившагося у 13 л. мальчика мѣсяцъ спустя послѣ раненія головы (мозга) пулей, безъ предшествовавшаго паралича и безъ разстройствъ чувствительности.

Leroy наблюдалъ атетозъ у 4-хъ лѣтняго ребенка, развившійся безъ предшествующей гемиплегіи.

Chipault. Б—й 16 л., страдаетъ туберкулезнымъ пораженіемъ черепныхъ костей; эпилептическіе припадки, гемиконтрактуры послѣ гемиплегіи и атетозъ на той же лѣвой сторонѣ. Послѣ резекціи части пораженной кости въ области правой Роландовой борозды всѣ эти болѣзненныя явленія исчезли, но съ теченіемъ времени атетозъ возобновился.

Диплое удаленной кости найдено выполненнымъ туберкулезными грануляціями съ переходомъ процесса на dura mater.

Strubing описалъ случай атетоза, развившагося въ связи съ сифилисомъ у 19 л. дѣвушки; 4 мѣс. спустя послѣ люэти-

ческой инфекціи въ лѣвой рукѣ, а затѣмъ и ногѣ появились насильственныя движенія, исчезнувшіе 2—3 недѣли спустя; $1^1/_2$ мѣсяца спустя они возобновились въ очень рѣзкой формѣ и только послѣ ртутнаго лѣченія атетозъ постепенно исчезъ.

Baboneix et Paisseau наблюдали развитіе хореобразныхъ движеній у 18 мѣс. дѣвочки въ связи съ туберкулезнымъ менингитомъ; за 4 дня до смерти, на 3-й недѣлѣ болѣзни у нея развились сильныя хореобразныя движенія въ правыхъ конечностяхъ, исчезнувшіе за нѣсколько часовъ до смерти.

Разбирая этотъ случай въ связи съ другими, описанными въ литературѣ, авторы высказываютъ предположеніе, что хореобразныя, а быть можетъ и часто наблюдаемыя фибриллярныя сокращенія при заболѣваніи оболочекъ мозга, говорятъ въ пользу ученія о корковомъ происхожденіи насильственныхъ движеній.

Рудневъ описалъ случай атетоза въ связи съ эпилепсіей. Б—я 16 л., на 6-мъ году припадки смѣха, послѣ котораго продолжительный сонъ и затѣмъ лѣвосторонняя гемиплегія, съ теченіемъ времени осложненная атетозомъ, треморъ и эпилептическіе припадки.

Авторъ, анализируя клиническія явленія, старается обосновать ихъ анатомически при чемъ высказывается за корковое происхожденіе насильственныхъ движеній. Различныя двигательныя разстройства онъ объясняетъ большей или меньшей степенью раздраженія; раздраженіе, усиливаясь, измѣняетъ атетозъ въ дрожаніе; если же степень раздраженія очень сильна, то наступаютъ эпилептическіе припадки.

Monakow наблюдалъ больную, у которой послѣ гемиплегіи появился атетозъ въ лѣвомъ плечѣ; насильственныя движенія сопровождались болью; въ связи со вторымъ инсультомъ развился полный геміатетозъ.

Лѣвая половина тѣла слегка атрофирована, чувствительность на ней понижена, имѣются контрактуры.

Fischer описалъ случай прогрессивнаго паралича съ перекрестнымъ хорео-атетозомъ Б—й 40 л., 9 л. тому назадъ lues, реакція Wassermann'a положительна, неподвижность зрачковъ, разстройство рѣчи, дементность. Послѣ лѣченія нуклеиномъ б—й совершенно оправился; затѣмъ травма головы и рецидивъ.

Status praesens: нѣтъ Romberg'a и атаксіи, въ лѣвой стопѣ хореатическія движенія, а нѣсколько дней спустя атетозъ въ правой кисти, усиливающійся при волевыхъ актахъ; съ теченіемъ времени у б—го развились эпилептическіе припадки; рѣзкая дементность.

Авторъ подчеркиваетъ, что хорео-атетоидныя движенія развились самостоятельно безъ гемипареза постепенно и не одновременно.

Ewald наблюдалъ больную 19 л. съ лѣвостороннимъ атетозомъ, развившимся въ связи съ сифилисомъ. Послѣ лѣченія ртутью атетоидныя движенія совершенно исчезли.

Авторъ предполагаетъ, что этотъ случай слѣдуетъ разсматривать какъ идіопатическій атетозъ, развившійся вслѣдствіе измѣненій въ корѣ на почвѣ люэтической инфекціи.

Anschütz описалъ случай излѣченія атетоза путемъ удаленія соотвѣтствующей части коры психомоторной зоны.

Б—й 25 лѣтъ, ребенкомъ продѣлалъ острый энцефалитъ послѣ чего развился рѣзко выраженный правосторонній атетозъ; правыя конечности отстали въ ростѣ. Паціентъ писецъ, но, въ виду усиленія судорогъ въ послѣдніе годы, вынужденъ былъ совершенно отказаться отъ всякой работы даже лѣвой рукой, такъ какъ при волевыхъ движеніяхъ атетозъ рѣзко усиливался.

Была произведена трепанація, электрическимъ токомъ установленъ центръ правой руки (кисти) и часть коры величиной въ марку удалена. Послѣ операціи атетоидныя движенія исчезли. Временно наступилъ полный параличъ правой руки, который затѣмъ ограничился только кистью и пальцами—въ плечѣ и предплечіи волевыя движенія возстановились.

Вырѣзанный кусочекъ мозга былъ изслѣдованъ микроскопически, но какихъ-либо видимыхъ измѣненій не обнаружено.

d) Клиническія наблюденія „athétose double".

Grober. Ребенокъ $3^1/_2$ лѣтъ, послѣ 3-хъ мѣсячнаго летаргическаго состоянія потерялъ способность рѣчи, появились истерическіе припадки и напряженіе мышцъ въ правой кисти; во время летаргіи ясныя и характерныя хореатическія движе-

нія, которыя авторъ связываетъ съ одновременнымъ менингитомъ.

Черезъ полтора года ребенокъ совершенно выздоровѣлъ.

Boucarut наблюдалъ туберкулезный менингитъ, начавшійся атетозомъ, а по мѣрѣ развитія болѣзни присоединились и хореатическія движенія.

Baboneix et Paisseau наблюдали 2-хъ лѣтняго мальчика съ туберкулезнымъ менингитомъ, у котораго на 16-й день болѣзни появились хореатическія движенія, сохранившіяся до смерти.

Авторы высказываются за существованіе связи между заболѣваніемъ оболочекъ и хореей: съ одной стороны поврежденіе оболочекъ при Sydenham'овской хорѣ и съ другой хореатическія движенія при различныхъ мозговыхъ и оболочечныхъ заболѣваніяхъ.

Boinet. Двойной наслѣдственный хроническій атетозъ въ зрѣломъ возрастѣ; описаны два единственныхъ въ литературѣ случая—больные отецъ и сынъ; у отца хорео-атетоидныя движенія развились во всѣхъ конечностяхъ послѣ 30 лѣтъ, у сына атетозъ появился къ 32 годамъ. Интересно, что во время заболѣванія рожей насильственныя движенія исчезли, а съ пониженіемъ температуры опять возобновились.

Интеллектъ пониженъ и память ослаблена.

Sphel описалъ случай атетоза, развившагося у 12 л. дѣвочки; четыре сестры ея умерли въ дѣтскомъ возрастѣ, всѣ страдали судорожными припадками; паралича не было.

Авторъ указываетъ на позднее развитіе физическое и интеллектуальное—ходить и говорить начала на 6-мъ году.

Lannois. Б—я 36 л., родилась въ асфиксіи, съ ранняго дѣтства явленія спазмовъ и атетозъ.

Въ анатомическомъ отношеніи авторъ допускаетъ остановку развитія пирамидныхъ путей, которые начинаютъ эволюцію тамъ, гдѣ должна была произойти геморрагія. Если процессъ разлитой и поражены лобныя доли, то появляются разстройства рѣчи, пониженіе интеллекта и даже идіотизмъ.

Характеризуя атетозъ съ точки зрѣнія патологической физіологіи авторъ говоритъ, что „атетозъ есть пробужденіе мышцы".

Higier описалъ семейный атетозъ. У двухъ братьевъ на 13 году появились насильственныя движенія; болѣзь развивалась исподволь; рѣчь неясная, скандированная.

Имѣются указанія на наслѣдственность.

Spiller наблюдалъ атетозъ у 19 л. юноши, развившійся послѣ травмы на второмъ году жизни въ такой степени, что произвольныя движенія стали совершенно невозможны.

Авторъ отмѣчаетъ рѣзкія атрофіи мышцъ на рукахъ и кистяхъ.

Послѣ пересадки нервовъ на лѣвой рукѣ б—й получилъ возможность произвольно пользоваться конечностью.

Wetzel. Рѣчь идетъ о 70 л. дѣвушкѣ, заболѣвшей атетозомъ на 67 году. Вслѣдствіе артеріосклероза развивалась симметричная гангрена пальцевъ на ногахъ, затѣмъ появился множественный неврить, поразившій и верхнія конечности при чемъ атрофіи и параличи были выражены не рѣзко. Одновременно съ полиневритомъ развились атетоидныя движенія въ стопахъ, психическое разстройство и апоплектическіе припадки.

Stiglitz описалъ 16 л. юношу съ врожденнымъ атетозомъ. Родился б—й въ асфиксіи (роды нормальны); насильственныя движенія появились въ первые дни жизни: въ 7 лѣтъ послѣ скарлатины атетозъ усилился; ходить началъ на 5 году; эпилепсіи никогда не было.

Walli имѣлъ возможность наблюдать двойной атетозъ у 15 л. юноши съ врожденнымъ идіотизмомъ, у котораго насильственныя движенія развились послѣ инфекціонной болѣзни одновременно съ психическимъ разстройствомъ.

Одновременное развитіе обоихъ заболѣваній и усиленіе атетоза при произвольныхъ движеніяхъ заставляютъ принять измѣненія въ корѣ за причину атетоидныхъ движеній.

У второго б—го, эпилептика 41 г., атетоидныя движенія послѣ волевыхъ движеній и припадковъ падучей ослабѣвали.

Lond наблюдалъ хорео-атетозъ у 50 л. женщины, которая на 6-мъ мѣсяцѣ, послѣ вакцинаціи была парализована; около 4-хъ лѣтъ явленія паралича исчезли, но появились атетоидныя движенія въ рукахъ и лицѣ. Электрическая возбудимость мышцъ ослаблена.

Отецъ б—й алкоголикъ, мать невропатка, 11 братьевъ и сестеръ страдали судорогами.

Lewandowsky описалъ 4 случая атетоза, особенность которыхъ заключается въ своеобразности отношеній между движеніями отдѣльныхъ частей тѣла и конечностями; рѣчь идетъ объ общихъ, но не идентичныхъ содвиженіяхъ; во всѣхъ случаяхъ не удалось получить односторонняго сокращенія мышцъ лица.

Имъ-же описанъ случай такъ называемаго псевдо-атетоза: исчезновеніе насильственныхъ движеній при походкѣ и волевыхъ движеніяхъ.

Klempner наблюдалъ трехъ больныхъ атетозомъ; у всѣхъ отсутствовали спазмы и параличи но имѣлся „Fresz Reflex“ Oppenheim'a; въ двухъ случаяхъ установлена наслѣдственность и пониженіе интеллекта; въ одномъ случаѣ физическое недоразвитіе и признаки вырожденія.

Krafft-Ebing наблюдалъ двойной атетозъ у 46 л. мужчины, отецъ и дѣдушка котораго умерли отъ мозгового кровоизліянія; б-й родился до срока. на 6-мъ году апоплектическій инсультъ; съ 15 лѣтъ лежитъ въ постели, физически рѣзко отсталъ, рѣчь разстроена. Атетозъ развился на первомъ году жизни.

Wiszwianski описалъ случай атетоза въ связи съ одностороннимъ параличемъ n. faciali и n. hypoglossi истерическаго происхожденія.

Hecker наблюдалъ нѣсколько случаевъ „athétose double“, интересныхъ въ томъ отношеніи, что у всѣхъ больныхъ наблюдались содвиженія.

Касаясь этого явленія авторъ говоритъ, что послѣ ранней гемиплегіи всегда развиваются содвиженія, такъ какъ у новорожденныхъ всѣ движенія двусторонни и только по мѣрѣ развитія вырабатывается односторонность движеній; если параличъ предшествовалъ развитію односторонности движеній—выступаютъ содвиженія, усиливающіеся при волевыхъ актахъ. Отъ атетоидныхъ движеній послѣднія отличаются тѣмъ, что въ спокойномъ состояніи отсутствуютъ.

Oppenheim описалъ двухъ больныхъ—мать и дочь съ спастической диплегіей, осложненной атетозомъ. Мать нѣма, у дочери рѣзко выражена дизартрія, у обѣихъ разстройство глотанія и жеванія; движенія верхнихъ конечностей носятъ

судорожный характеръ, въ ногахъ спастическія явленія, мышцы спины въ контрактурѣ.

Jasienski наблюдалъ атетоидныя движенія въ правой и лѣвой кистяхъ у 13 л. мальчика, развившіеся вслѣдствіе психическаго тока (страшный сонъ) въ связи съ потерей рѣчи и возможности произвольно пользоваться конечностями; нижняя вѣтка n. faciali парализована (смѣхъ возможенъ), при высовываніи языка треморъ, иногда дрожаніе всего тѣла; этіологія—истерія.

Andry наблюдалъ двойной атетозъ у табетика 52 л., который никогда не имѣлъ гемиплегіи и мозговыхъ явленій; въ конечностяхъ были судороги и контрактуры.

Систематизируя весь собранный нами матеріалъ по вопросу объ атетозѣ, частью приведенный въ литературномъ обзорѣ, мы получили слѣдующія данныя:

Всего собрано нами случаевъ атетоза съ 1890 года 135

изъ нихъ

геміатетоза	74	мужчинъ	34	женщинъ	28
„athétos double“	61	„	26	„	24.

	наблюденій	
	hemiathetesis	«athétose double»
Развитіе атетоза во время рожденія	—	3 (Bauer, Pinatelle, Stiglitz).
— — безъ предшествующихъ заболѣваній . .	8	3 (Campbelle).
— — въ связи съ другими заболѣваніями .	66	55

Данныя относительно начала развитія насильственныхъ движеній.

Появленіе атетоза до 1 года.	случаевъ описано	5 л.	10	15	20	25	30	35	40	45	до 60 лѣтъ.	позже 60 лѣтъ.
hemiathetosis . .	4	17	12	7	2	7	2	1	2	1	3	—
«athétose double».	9	11	6	5	1	—	1	2	1	—	2	1 (Wetzel).

По отношенію къ этіологіи.

	Описаны наблюденія.			
	Hemiathetosis.		«athétose double».	
	случ.	Авторы.	случ.	Авторы.
Наслѣдственный или семейный	—		5	Higier, Stieglitz, Boinet и Londe.
Идіопатическій	1	Ewald	5	Lewandowsky, Oppenheim, Haupt
Функціональный . . .	2	Marimo.	3	Grober, Wiszwianski и Jasiensky.
Въ связи съ сифилисомъ	5	Strubing Fischer, Ewald.	1	Anschütz (случай не хирургическій).
Послѣ гемиплегіи . .	27		18	
» церебральнаго дѣтскаго паралича . .	4		5	Lond, Krafft-Ebing, Bruns и Sölder.
» инфекціонныхъ заболѣваній	3	Fischer, Schilder.	2	Walli, Haupt.
» туберкулезнаго менингита и caries'a костей черепа	3	Chipault, Baboneix et, Paiseau, Boinet.	4	Boucarut, Baucant, Boinet, Baboneix et Paisseau.
» травмы черепа.	2		1	
» vaccinaciae . .	1	Zwoboda.	1	Londe.
» психическаго шока	—		1	Jasienski.
» солнечнаго удара	1	Mills.	1	Mills.

	Описаны наблюденія.			
	Hemiathetosis.		«athétose double»	
	случ.	Авторы.	случ.	Авторы.
Рожденіе до срока . .	2	Birckenstaedt.	4	Krafft-Ebing, Eisenlohr.
— въ асфиксіи .	—		4	Lannois, Stiglitz, Masalongo.
У дѣтей алкоголиковъ. сифилитиковъ. эпилептиковъ и душевно-больныхъ	21		17	

Атетозъ въ связи съ другими заболѣваніями и клиническими симптомами.

Полиневритъ	—		2	Wetzel.
Tabes dorsalis	—		10	Arnsperger, Rosenbach, Andry, Laquer, Erenkel, Gurcio.
Атаксія	7	Ratner, Россолимо, Infeld, Dupré и Lannois.	4	Chauffard.
» Friedreich'a .	—		6	Chouffard.
Болѣзнь Litle	—		2	Lannois.
Міотонія и міоклонія .	8	Kaiser, Charls, Sreiber, Mills, Bruns, Déjérine.	5	Strozewsky.
Парадоксъ сокращеніе мышцъ	1	Syllaba.	—	
Спастическія контрактуры	9	Kaiser, Motchane, Schipault, Monakow.	11	Lannois, Spiller, Andry, Haupt, Eisenlohr, Fischer, Frey.
Треморъ и тикъ . . .	2		3	Klempner.
Nistagmus	1	Pineles.	—	
Атрофія и гипертрофія мозга	8	Tumpowsky, Cohn, Kaïser, Midleton, Monakow.	6	Spiller, Wetzel, Haupt, Eisenlohr.
Эпилепсія	7	Schipault, Рудневъ, Boinet, Schilder, Mills.	8	Boncarut, Walli, Pennato.
Желтуха	1		—	
Гипестезія	6	Ratner, Mills, Monakow, Fischer.	3	Sano.
Пониженіе интеллекта.	5	Berger, Sander, Sphel.	14	Haupt, Klempner, Sano, Fischer, Andry, Michaïlowski.

	Описаны наблюденія.			
	Hemathetosis.		«athétose double».	
	случ.	Авторы.	случ.	Авторы.
Психическія разстройства	2	Frey.	6	Wetzel, Walli, Haupt, Sölder.
Физическое недоразвитіе и признаки вырожд.	3		11	Spiller, Sphel, Stiglitz, Pennato, Haupt, Klempner, Krafft-Ebing, Sölder.
Атетозъ во снѣ . . .	2	Sander.	1	
Содвиженія	1	Ratner.	7	Haupt, Lewandowsky.

По отношенію къ теченію болѣзни и исходу.

Случаевъ излѣченія .	4	Fischer, Strubing, Ewald, Anschütz.	2	Krafft-Ebing, Grober.
» прекращенія движеній	5	Sarbo, Sander, Tumpowski, Strubing, Bauer.	—	
» временнаго прекращенія	3	Motchane, Schipault, Monakow.	4	Boinet, Klempner, Lewandowsky.
» дошедшихъ до аутопсіи	19		8	

Кромѣ того укажемъ случаи *Kunn*'а, *Notnagel*'я и *Fromaget*, гдѣ были поражены атетозомъ исключительно тазныя мышцы.

Нашъ далеко неполный обзоръ литературы по вопросу объ атетозѣ даетъ нѣкоторое представленіе о томъ разнообразіи симптомовъ и заболѣваній, въ связи съ которыми онъ такъ часто встрѣчается.

Мы, къ сожалѣнію, не могли ознакомиться со всѣмъ имѣющимся литературнымъ матеріаломъ по данному вопросу, по оригинальнымъ работамъ—намъ приходилось пользоваться и рефератами, а потому свѣдѣнія наши не совсѣмъ полны въ отношеніи возраста, развитія болѣзни и возможной этіологіи во всѣхъ случаяхъ, но и тѣ данныя, которыми мы располагаемъ, позволяютъ сдѣлать нѣкоторые выводы.

Что касается случаевъ, закончившихся патолого-анатомическимъ изслѣдованіемъ, то полагаемъ, что за указанный промежутокъ времени, нами представлены всѣ съ возможной полнотой.

Выше приведенныя таблицы даютъ, хотя и неполныя, цифровыя данныя относительно наслѣдственности, пола, возраста и сопутствующихъ клиническихъ явленій.

Что въ основѣ заболѣванія лежатъ анатомическія измѣненія—фактъ давно общепризнанный; начиная съ *Hammond*'а всѣ авторы въ той или иной области ихъ находили (преимущественно въ головномъ мозгу) и полагаемъ, что описанныя наблюденія такъ назыв. функціональнаго атетоза (*Marimo*), атетоза истерическаго происхожденія и т. д.—подлежатъ сомнѣнію. Что же касается вопроса о стойкости этихъ измѣненій, то случаи излѣченія (*Fischer*, *Strubing*, *Ewald*), временнаго прекращенія (*Schipault*, *Monakow* и др.) и полнаго самостоятельнаго исчезновенія насильственныхъ движеній (*Sarbo*, *Bauer*, *Strubing* и др.) говорятъ въ пользу предположенія, что въ нѣкоторыхъ случаяхъ измѣненія эти носятъ временный, нестойкій характеръ и подъ вліяніемъ тѣхъ или иныхъ условій можетъ наступить полная restitutio ad integrum.

Съ этой точки зрѣнія мы объясняемъ и функціональный атетозъ.

Въ большинствѣ же случаевъ, развившійся атетозъ имѣетъ тенденцію къ усиленію и пораженію новыхъ органовъ и сохраняется во всю жизнь; это обстоятельство говоритъ въ пользу стойкости анатомическихъ измѣненій, хроническаго и прогроссирующаго теченія болѣзни.

Относительно локализаціи этихъ измѣненій большинство авторовъ высказывалось вполнѣ опредѣленно за центральное ихъ происхожденіе и мы полагаемъ, что двухъ мнѣній здѣсь быть не можетъ—этіологическія данныя, сопутствующія заболѣванія, частота разстройствъ интеллектуальныхъ и психическихъ, наконецъ патолого-анатомическія данныя—все говоритъ за локализацію въ головномъ мозгу.

Что же касается взглядовъ, выше приведенныхъ, относительно спинномозгового происхожденія атетоза, то мы можемъ возразить, что они не обоснованы, такъ какъ въ случаѣ *Rosenbach*'а—единственномъ случаѣ tabo-athetosis'а, дошедшемъ до аутопсіи, были найдены измѣненія и въ головномъ мозгу. Впрочемъ случай *Eisenlohr*'а, въ которомъ измѣненія найдены были исключительно въ спинномъ мозгу, является нѣкоторымъ основаніемъ для сторонниковъ этой гипотезы; но полагаемъ, что указанный случай какъ и всѣ случаи, въ которыхъ послѣ тщательнаго изслѣдованія не находили измѣненій въ мозгу, въ частности въ корѣ, не является доказательствомъ того, что измѣненій дѣйствительно тамъ не было.

Мы обладаемъ пока еще слишкомъ несовершеннымъ микроскопомъ и методами изслѣдованій для того, чтобы изучить анатомію, физіологію и тѣмъ болѣе патологію клѣтки, а потому неудивительно, что такъ часто не находятъ измѣненій тамъ, гдѣ они должны быть.

Что касается наслѣдственности, то она несомнѣнно играетъ очень существенную роль въ развитіи насильственныхъ движеній; въ 40—50% можно установить данныя относи-

тельно алкоголизма, lues'a, невропатической конституціи или истощающихъ болѣзней родителей и ближайшихъ предковъ. Если бы мы и не располагали фактическими данными относительно наслѣдственности, то подобное допущеніе вынуждены были-бы сдѣлать, такъ какъ, отрицая вліяніе наслѣдственности, невозможно объяснить случаи, описанные *Higier*'омъ, *Oppenheim*'омъ и др., гдѣ поражены были атетозомъ члены одной семьи. Впрочемъ, значеніе наслѣдственности, признается многими невропатологами, въ особенности по отношенію къ двойному атетозу.

Далеко не второстепенная роль въ этіологіи атетоза принадлежитъ неправильно протекающей беременности матери; истощающія заболѣванія въ этомъ періодѣ, сильныя кровотеченія и травмы живота, преждевременныя, трудныя и длительныя роды у первородящихъ въ особенности при суженныхъ тазахъ, наложеніе щипцовъ и травма черепа, наконецъ рожденіе въ асфиксіи—всѣ эти моменты, въ силу тѣхъ или иныхъ матеріальныхъ измѣненій въ мозгу ребенка создаютъ благопріятную почву, а подъ часъ являются непосредственной причиной развитія атетоза. 15—20% всѣхъ случаевъ атетоза развились въ связи съ указанными условіями.

Относительно преимущественнаго заболѣванія дѣвочекъ, какъ утверждаютъ нѣкоторые клиницисты, мы не можемъ высказаться опредѣленно, такъ какъ не располагаемъ въ этомъ отношеніи свѣдѣніями относительно всѣхъ, собранныхъ нами случаевъ; имѣющіяся въ нашемъ распоряженіи данныя указываютъ на болѣе частую заболѣваемость мальчиковъ; во всякомъ случаѣ полагаемъ, что существенной разницы здѣсь быть не можетъ,

Что касается возраста, то мы видимъ, что здѣсь нѣтъ гарантіи—заболѣваютъ въ моментъ рожденія (*Bauer*), заболѣваютъ и въ 67 лѣтъ (*Wetzel*), но наибольше заболѣваній приходится въ возрастѣ отъ 1 до 5 лѣтъ—до 45%; до 15 лѣтняго возраста т. е. до періода pubertatis приходится за-

болѣваній 75% и только 25%—на зрѣлые годы. Такимъ образомъ дѣтскій и отчасти юношескій возрастъ является и въ отношеніи атетоза наиболѣе ранимымъ.

Поэтому мы, согласно съ большинствомъ авторовъ, считаемъ правильнымъ отнести атетозъ къ болѣзнямъ преимущественно дѣтскаго возраста.

Какъ выше было указано атетозъ—болѣзнь хроническая и неизлѣчимая; хотя по нашимъ даннымъ въ 7—8% наступило излѣченіе или самостоятельное прекращеніе.

Иногда атетозъ является непосредственной причиной летальнаго исхода; при пораженіи жевательныхъ и глотательныхъ мышцъ часто развивается шлюпневмонія съ послѣдующей гангреной легкихъ. При пораженіи нижнихъ конечностей когда б—ой на всю жизнь является прикованнымъ къ постели, даже при самомъ тщательномъ уходѣ развиваются пролежни со всѣми ихъ гибельными послѣдствіями.

Въ большинствѣ же случаевъ атетозъ не является симптомомъ ухудшающимъ предсказаніе.

Въ числѣ заболѣваній, непосредственно предшествующихъ хорея respect. атетозу, первое мѣсто занимаютъ разстройства церебральнаго кровообращенія—60%; затѣмъ различныя инфекціонныя заболѣванія 25—30% (слѣдуетъ замѣтить, что строго разграничить эти двѣ категоріи невозможно) и 15—20% приходится на остальныя заболѣванія (въ томъ числѣ въ 52 атетозъ развился повидимому у вполнѣ здоровыхъ субъектовъ).

Вообще же онъ обыкновенно наблюдается въ связи съ заболѣваніями головного мозга—85%; 8% приходится на спино-мозговыя формы, 4% на периферическія и другія заболѣванія и въ 5% насильственныя движенія развились безъ видимыхъ предшествующихъ заболѣваній—по крайней мѣрѣ установить ихъ не удалось.

Сопоставляя всѣ вышеизложенныя гипотезы относительно патогенеза насильственныхъ движеній съ данными патолого-анатомическихъ изслѣдованій и съ цѣлымъ рядомъ клиническихъ наблюденій, мы пришли къ выводу, что строгая субкортикальная локализація непріемлема какъ вслѣдствіе своей недоказательности и противорѣчивыхъ данныхъ, найденныхъ въ большинствѣ случаевъ, такъ и вслѣдствіе того, что не могла быть доказана интактность коры; только очень немногіе случаи могутъ быть болѣе или менѣе удовлетворительно объяснены анатомическими измѣненіями въ подкорковыхъ образованіяхъ.

Если даже принять любую изъ субкортикальныхъ гипотезъ, въ основу которыхъ положенъ либо симптомъ раздраженія; либо симптомъ выпаденія при полной неповрежденности коры respect. нормальномъ функціонированіи пирамидныхъ клѣтокъ, то является совершенно непонятнымъ, почему хорея respect. атетозъ проявляется исключительно во время бодрствованія и прекращается во снѣ, когда собственно „засыпаютъ“ элементы воли, а не рефлекса. Если-бы субкортикальная гипотеза была справедлива, то атетоидныя движенія наблюдались бы обычно и во снѣ, въ противномъ случаѣ мы должны допустить участіе коры.

На ряду съ этимъ, ставя вышеуказанныя разстройства движеній въ зависимость отъ измѣненій коры психомоторной зоны, мы можемъ объяснить любой случай атетоза, въ которомъ при посмертномъ изслѣдованіи были найдены поврежденія сѣрыхъ образованій основанія мозга и его ствола; а допущеніе проф. *Попова* о необходимости „подготовленной почвы“ позволяетъ намъ объяснить и тѣ случаи, въ которыхъ при патолого-анатомическомъ изслѣдованіи не находили измѣненій въ головномъ мозгу.

Вполнѣ естественнымъ вопросомъ, вытекающимъ послѣ ознакомленія съ теоріей *Н. М. Попова*, будетъ вопросъ—что же это за „почва?“ Вводя это условіе, авторъ принимаетъ

значеніе предрасположенія, созданнаго отчасти наслѣдственностью, отчасти условіями внутріутробнаго развитія, допуская при этомъ измѣненія сосудистаго характера.

Развивая гипотезу проф. *Попова*, мы имѣли въ виду высказать свои соображенія относительно этой „почвы", дѣйствуя на которую, разлитой либо фокусный процессъ, можетъ проявиться въ видѣ атетоза.

Измѣненія въ корѣ какъ причина атетоза.

Крайне ограниченный патолого-анатомическій матеріалъ при томъ съ самой разнообразной локализаціей поврежденій и далеко не во всѣхъ случаяхъ съ достаточной полнотой изслѣдованный, мало способствовалъ успѣшному рѣшенію вопроса о патогенезѣ насильственныхъ движеній.

Рядъ гипотезъ, созданныхъ различными авторами въ сравнительно небольшой промежутокъ времени, свидѣтельствуетъ о наростающемъ интересѣ къ затронутому нами вопросу; вмѣстѣ съ тѣмъ онъ доказываетъ, что ни одно, изъ существующихъ ученій, не является общепризнаннымъ.

Какъ выше было указано, въ наукѣ въ настоящее время господствуютъ двѣ теоріи—корковая и субкортикальная. Мы не беремся судить данныхъ, опираясь на которыя клиницисты склоняются въ пользу того или другого ученія—это заставило бы насъ расширить намѣченныя рамки,—что же касается нашего отношенія къ различнымъ ученіямъ о патогенезѣ насильственныхъ движеній, то изъ вышеприведеннаго критическаго очерка, отражающаго нашу точку зрѣнія, слѣдуетъ, что мы всецѣло присоединяемся къ сторонникамъ корковой локализаціи и являемся послѣдователемъ теоріи проф. *Попова*.

Характеръ движеній, ихъ сложность, обычная связь съ волевыми движеніями при полномъ отсутствіи во снѣ, усиленіе при душевныхъ эмоціяхъ и психическомъ возбужденіи, наблюдаемыя довольно часто разстройства психической сферы и физическое недоразвитіе, наконецъ возникновеніе ихъ въ связи съ пробужденіемъ двигательныхъ импульсовъ въ пора-

женной конечности (послѣ паралича)—всѣ эти клиническія данныя говорятъ за корковое происхожденіе атетоза; случай, описанный *Anschütz*'омъ, является лучшимъ подтвержденіемъ высказаннаго здѣсь предположенія.

Косвеннымъ доказательствомъ корково-клѣточнаго происхожденія насильственныхъ движеній можетъ служить наблюденіе *Boinet*—исчезновеніе атетоза во время заболѣванія рожей. Психіатры указываютъ (Поповъ), что у прогрессивныхъ паралитиковъ а иногда и у параноиковъ наступаетъ замѣтное улучшеніе при инфекціонныхъ заболѣваніяхъ; это явленіе объясняется усиленнымъ лейкоцитозомъ съ послѣдующимъ улучшеніемъ питанія и хотя бы временнымъ исчезновеніемъ вредно дѣйствующаго начала въ клѣткахъ коры головного мозга. Подобное объясненіе мы полагаемъ можетъ быть приложено и къ наблюденію *Boinet*.

Наконецъ серія случаевъ, въ которыхъ были найдены измѣненія въ корѣ [1]) либо полное отсутствіе поврежденій въ головномъ мозгу скорѣе говорятъ въ пользу коркового происхожденія атетоза, чѣмъ субкортикальнаго.

Признавая, что атетозъ является слѣдствіемъ, какъ раздраженія, передаваемаго корѣ различными фокусными поврежденіями независимо отъ ихъ локализаціи при наличности „предрасположенія и подготовленной почвы“ въ корѣ психомоторной зоны, такъ и при отсутствіи фокусныхъ измѣненій, слѣдствіемъ пока еще не найденныхъ внутриклѣточныхъ измѣненій—мы это „предрасположеніе и подготовленную почву“, которыя *Н. М. Поповъ* считаетъ непремѣнными условіями въ развитіи насильственныхъ движеній, склонны разсматривать какъ измѣненія въ клѣткахъ коры опредѣленнаго характера.

---

[1]) *Sande* нашелъ увеличеніе гліозныхъ элементовъ; *Pennato*—измѣненія въ пирамидныхъ клѣткахъ: *Massalongo, Haupt, Fischer*—спонгіозное исчезновеніе коры.

Опираясь на клинический фактъ, что въ большинствѣ случаевъ хорео-атетозу предшествуетъ апоплексія или вообще заболѣванія такъ или иначе связанныя съ разстройствомъ церебральнаго кровообращенія и сосудистыми измѣненіями; на случай, описанный *Fischer*'омъ—прекращеніе атетоидныхъ движеній въ связи съ усиленнымъ лѣченіемъ препаратами мышьяка; далѣе на наблюденія *Struling*'а, *Fischer*'а и *Ewald*'а, гдѣ атетозъ, развившійся въ связи съ сифилисомъ, послѣ примѣненія специфической терапіи исчезъ; на наблюденія *Lannois*, *Stiglitz*'а и *Massalongo*, въ которыхъ насильственныя движенія развились въ первые дни жизни въ связи съ рожденіемъ въ асфиксіи [1])—мы ихъ разсматриваемъ какъ результатъ временной внутриклѣточной задержки продуктовъ обмѣна веществъ (отсталость физическаго и интеллектуальнаго развитія говоритъ въ пользу глубокихъ измѣненій коры); на случай *Massalongo*, гдѣ атетозъ развился у новорожденнаго въ связи съ продолжительнымъ голоданіемъ и желтухой; наконецъ опираясь на случаи *Chipault*'а *Baboneix* et *Paisseau*, *Boinet*, *Boucarut*, *Попова*, *Boucaut*, гдѣ атетозъ развился въ связи съ туберкулезнымъ менингитомъ, при чемъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ отсутствовали замѣтныя измѣненія коры и происхожденіе насильственныхъ движеній можно было объяснить исключительнымъ вліяніемъ токсиновъ какъ и въ случаяхъ *Fischer*'а, *Walli* и *Haupta*;—основываясь на приведенныхъ наблюденіяхъ и данныхъ, мы эту „почву и предрасположеніе“ разсматриваемъ какъ измѣненія, происшедшія въ корѣ психомоторной зоны вслѣдствіе нарушенія обмѣна веществъ въ пирамидныхъ клѣткахъ, развившагося либо въ связи съ хроническимъ или остро протекшимъ нарушеніемъ питанія, либо—на почвѣ различнаго рода интоксикацій.

Что интоксикація является частой причиной различныхъ разстройствъ психическихъ—фактъ общепризнанный. Въ ли-

[1]) Archiv für Psych. u. Nervenkr. Bd. 38. S. 287.

тературѣ описано немало случаевъ психоза, развившагося на почвѣ интоксикаціи и аутоинтоксикаціи—проф. *Meyer* [1]) приводитъ обширную литературу по этому вопросу; *Faur* [2]) описалъ измѣненія въ клѣткахъ коры, найденныя въ шести случаяхъ психическихъ разстройствъ, развившихся на почвѣ токсико-инфекціонной. Аутоинтоксикація есть результатъ разстройства обмѣна веществъ—процессовъ диссимиляціи; если послѣднее вызываетъ такія глубокія измѣненія въ психическихъ функціяхъ (въ случаѣ *Meyer*'а, закончившимся летально, найдены и матеріальныя измѣненія въ клѣткахъ коры), то мы вправѣ допустить, что нарушеніе процессовъ обмѣна, вызванное тѣмъ или инымъ моментомъ, коснувшись клѣтокъ коры психомоторной зоны, должно вызвать нѣкоторыя разстройства въ сферѣ двигательной. *Plönies* [3]), говоря о вліяніи самоотравленія на психическую дѣятельность при діабетѣ, хроническомъ нефритѣ и болѣзняхъ щитовидной железы, приводитъ данныя своихъ наблюденій (собрано 1166 случаевъ) относительно вліянія желудочно-кишечныхъ токсиновъ на психическую дѣятельность вообще и на ослабленіе памяти въ частности.

Что на почвѣ аутоинтоксикаціи происходятъ разстройства не только психической и интеллектуальной сферы, но и двигательной—доказываетъ наблюденіе *Ewald*'а и *Witte*; ими описанъ случай остро развившейся хореи въ связи съ сильнымъ суженіемъ pilori. Авторы, ставя хорею въ зависимость отъ аутоинтоксикаціи, приводятъ подробную исторію болѣзни подчеркиваютъ, что съ производствомъ операціи возстановились правильныя отправленія желудочно-кишечнаго канала, а въ связи съ этимъ исчезли хорическія движенія и подергиванія. При изслѣдованіи обмѣна у б—ой найдена ацетапурія и діацетурія.

---

[1]) Revue Neurologique. T. VII p. 932.

[2]) Авторы указываютъ, что роды протекали вполнѣ нормально.

[3]) Deutsche Zeitschrift. f. Nervenheilkunde. Bd. 35. H. 1—2.

Kusmaul описалъ случай тетаніи, развившейся на почвѣ разстройства обмѣна веществъ, при тяжеломъ заболѣваніи желудочно-кишечнаго тракта.

Mario-de-Malde наблюдалъ случай хореи, развившейся въ зависимости отъ кишечной аутоинтоксикаціи.

Vires [1]) наблюдалъ эпилепсію, развившуюся на почвѣ аутоинтоксикаціи и діатеза. Подобныхъ наблюденій въ литературѣ можно найти очень много.

Что сахарное мочеизнуреніе часто является причиной анатомическихъ измѣненій нервной системы—доказано многими авторами — укажемъ хотя-бы на *Souques* et *Marinesco* [2]), *Leichtentritt*'а [3]), *Williamson*'а [4]), *Kalmus*'а [5]) и др.

Hoffmann описалъ нѣсколько случаевъ гемиплегіи, доказанныхъ паталого-анатомически, развившейся въ связи съ діабетомъ *Raymond* [6]) наблюдалъ параличъ при уреміи.

Schlubach приводитъ рядъ случаевъ, обстоятельно изслѣдованныхъ, въ которыхъ этіологическимъ моментомъ въ развитіи гемиплегіи была интоксикація.

Dana [7]) описалъ случай дрожательнаго паралича въ связи съ саркомой; при посмертномъ изслѣдованіи найдены измѣненія въ клѣткахъ коры головного мозга—вакуоли, разжиженіе, отложеніе пигмента и измѣненія ядеръ.

Что злокачественныя опухоли вызываютъ глубокія разстройства обмѣна веществъ—фактъ общепризнанный—случай *Dana* доказываетъ, что наряду съ функціональными разстройствами, развившимися вслѣдствіе нарушенія процессовъ обмѣ-

---

[1]) Montpellier médecine. 16. IV. p. 5.
[2]) Revue Neurologique. 1897. p. 242.
[3]) Thèse de Berlin. 1893.
[4]) Brit. med. journ. 24. II. 1894. S. 398; цитир. по Souques et Marinesco.
[5]) Zeitschr. für. klin. Med. Bd. XXX. H. 5—6.
[6]) Bolletino delle Cliniche. November 1905. p. 507.
[7]) American Journ. of Med. Science. 118. 1899. S. 503. ff.

на, иногда бываютъ и матеріальныя измѣненія, которыя, поражая опредѣленныя участки коры, сказываются въ видѣ тѣхъ или иныхъ разстройствъ двигательной сферы.

Въ основѣ всѣхъ, приведенныхъ нами, случаевъ лежитъ либо интоксикація, либо разстройство процессовъ ассимиляціи и диссимиляціи, либо то и другое условіе; это обстоятельство позволяетъ сдѣлать предположеніе, что всѣ движенія, несвойственныя здоровому организму, зависятъ отъ одной общей причины, которую слѣдуетъ искать въ корѣ и которую мы представляемъ себѣ какъ результатъ внутриклѣточнаго разстройства обмѣна веществъ въ зависимости отъ тѣхъ или иныхъ послѣдующихъ аналогическихъ измѣненій въ пирамидныхъ клѣткахъ психомоторной зоны, отъ большей или меньшей степени поврежденія, или быть можетъ отъ измѣненія химизма плазмы и ядра мы будемъ наблюдать атетозъ, хорею, дрожательный параличъ, тетанію, эпилепсію и т. д.

Близость этихъ формъ отчасти доказывается помимо приведенныхъ нами случаевъ, въ основѣ которыхъ лежитъ одна общая причина, наблюденіемъ *Massalongo* [1]), гдѣ по мѣрѣ развитія туберкулезнаго менингита изолированныя фасцикулярныя мускульныя сокращенія смѣнились міокиміей Шульца, затѣмъ выступили хореатическія движенія, а днемъ позже атетоидныя и передъ смертью появились эпилептическіе припадки.

Massalongo еще въ 903 году высказалъ предположеніе, что въ основѣ всѣхъ дрожаній лежитъ измѣненіе въ корѣ.

Къ сожалѣнію не всегда, вѣрнѣе очень рѣдко, удается найти измѣненія къ корѣ, а между тѣмъ они безусловно должны быть, и случай *Anschütz*'а является лучшимъ доказательствомъ нашего утвержденія — съ удаленіемъ опредѣленнаго

---

[1]) Contribution a l'origine corticale des tremblements. Revue Neurolog. 1903.

участка коры атетозъ прекратился, а между тѣмъ при самомъ тщательномъ изслѣдованіи удаленнаго кусочка мозга никакихъ измѣненій не найдено.

Даже при гемиплегіи не всегда удается найти измѣненія мозгового вещества.—*Mikulski* описалъ шесть случаевъ паралича, закончившихся аутопсіей, въ которыхъ при самомъ тщательномъ гистологическомъ изслѣдованіи никакихъ измѣненій въ центральной нервной системѣ не найдено—это доказываетъ что наши методы изслѣдованій далеко не во всѣхъ случаяхъ клиническую картину могутъ объяснить тѣми или иными измѣненіями центральнаго органа, а сплошь и рядомъ ихъ вовсе не удается обнаружить.

Ставя происхожденіе атетоза и вообще насильственныхъ движеній въ зависимость отъ разстройствъ внутриклѣточнаго обмѣна веществъ въ корѣ психомоторной зоны, мы пока дѣлаемъ попытку уложить клиническія явленія въ рамки поставленной нами гипотезы.

Изъ физіологіи мы знаемъ, что главнымъ условіемъ правильнаго развитія и функціонированія какъ сложнаго организма, такъ и простѣйшаго—отдѣльной клѣтки, является нормальный обмѣнъ веществъ.

Подходя съ этой стороны къ рѣшенію вопроса о патогенезѣ атетоза, мы рискуемъ оперировать въ области предположеній — правда предположеній весьма вѣроятныхъ, такъ какъ къ сожалѣнію, не обладаемъ анатомическими данными, подтверждающими наше предположеніе.

Физіологія и патологія отдѣльной клѣтки еще такъ мало изучены, что нѣтъ возможности учитывать тѣ ничтожныя въ ней измѣненія, которыя являются слѣдствіемъ нарушенія обмѣна веществъ, но физіологія и патологія сложнаго организма и отдѣльныхъ органовъ, даетъ намъ право по аналогіи предположить наличность измѣненій и въ клѣткѣ. Мы знаемъ, что неполное голоданіе и легкое разстройство процессовъ ассимиляціи и диссимиляціи въ сложномъ организмѣ обычно

влечетъ за собой ослабленіе всѣхъ функцій—болѣе или менѣе незначительныя разстройства. При полномъ и длительномъ голоданіи и въ особенности при рѣзкихъ формахъ нарушенія обмѣна веществъ выступаютъ глубокія разстройства всѣхъ отправленій и организмъ погибаетъ довольно быстро.

Если мы допустимъ, что тотъ или иной процессъ вызвалъ въ клѣткахъ коры головного мозга разстройство питанія въ смыслѣ временнаго уменьшенія подвоза питательнаго матеріала, а въ связи съ этимъ нарушился и нормальный процессъ обмѣна, то естественно будетъ допустить, что это разстройство повлечетъ за собой если не смерть клѣтки, то во всякомъ случаѣ измѣненія въ ея функціи.

Если моменты, вызвавшіе указанныя нарушенія, длительны,—передъ нами будетъ гибель клѣтки, а съ ней и выпаденіе опредѣленной функціи; въ противномъ случаѣ придется констатировать либо кратковременное выпаданіе функціи, либо незначительное ея нарушеніе. Какъ въ томъ, такъ и въ другомъ случаѣ лишь только возстановятся нормальныя жизненныя отправленія въ нормальной клѣткѣ, такъ и функціи ея возстановятся въ прежнемъ объемѣ. Сопоставляя эти два вида измѣненій въ клѣткахъ съ ихъ послѣдствіями мы замѣчаемъ, что въ первомъ случаѣ, при рѣзкихъ нарушеніяхъ нормальныхъ отправленій клѣтка гибнетъ, выпадаетъ опредѣленная функція и предъ нами будетъ параличъ соотвѣтствующаго органа; во второмъ случаѣ нарушеніе опредѣленнаго органа непродолжительно и функція возстановляется въ полномъ объемѣ—очевидно ничтожныя внутриклѣточныя измѣненія прошли безслѣдно для организма.

Между этими двумя видами внутриклѣточныхъ измѣненій можно допустить въ длинномъ ряду промежуточныхъ ступеней такую степень пораженія, когда, перетерпѣвъ глубокія, измѣненія, клѣтка не гибнетъ, а продолжаетъ функціонировать, но функціонировать своеобразно; вмѣстѣ съ тѣмъ только при исключительно благопріятныхъ условіяхъ измѣненія

эти претерпѣваютъ обратное развитіе и нормальныя отправленія возстановляются.

Въ чемъ выражаются эти измѣненія, какъ они протекаютъ — мы пока не знаемъ, но допускаемъ, что причиной ихъ является разстройство процессовъ ассимиляціи и диссимиляціи на почвѣ нарушенія питанія, либо вслѣдствіе интоксикаціи.

Такъ какъ въ основѣ обоихъ условій, вызывающихъ разстройство обмѣна (питаніе и интоксикація), лежатъ біохимическіе процессы, то мы вправѣ допустить, что химизмъ клѣтки при наличности хотя бы одного изъ этихъ условій претерпѣваетъ извѣстныя измѣненія, и этимъ послѣднимъ создается почва для постояннаго самовозбужденія.

Вотъ какимъ образомъ мы представляемъ себѣ сущность внутриклѣточныхъ измѣненій, проявляющихся въ видѣ насильственныхъ движеній въ частности-атетоза.

Подобнаго рода допущеніе позволяетъ объяснить процессъ возникновенія насильственныхъ движеній какъ въ нашихъ двухъ случаяхъ, такъ и въ большинствѣ описанныхъ случаевъ геміатетоза и *„athétose double“*.

Но объясняя такимъ образомъ патогенезъ атетоза, невольно возникаетъ вопросъ, почему насильственныя движенія, существующія во время бодрствованія, прекращаются во снѣ?

Изъ физіологіи извѣстно, что работа каждаго органа сопровождается усиленнымъ питаніемъ и выдѣленіемъ продуктовъ жизнедѣятельности; допуская не только біохимическія измѣненія клѣтки, но и какъ результатъ ихъ анатомическія (intracellulä'рный склерозъ, утолщеніе оболочекъ, измѣненія всѣхъ элементовъ клѣтки и др.) мы тѣмъ самымъ предрѣшаемъ вопросъ о нормальности обмѣна въ пораженной области. Дѣлая подобное допущеніе, легко объяснить почему при произвольныхъ движеніяхъ пораженной конечности атетоидныя движенія усиливаются—вслѣдствіе задержки продуктовъ подлежа-

щихъ удаленію, раздраженіе внутри клѣтки увеличивается, а вмѣстѣ съ тѣмъ и насильственныя движенія усиливаются. Съ другой стороны въ время глубокаго сна, когда дѣятельность коры мозга, а съ ней и всѣхъ произвольныхъ органовъ, прекращается, создается болѣе благопріятное условіе для равномѣрнаго питанія коры и обмѣна веществъ, слѣдствіемъ чего наступаетъ освобожденіе, пораженныхъ элементовъ, отъ накопившихся раздражающихъ продуктовъ и прекращеніе атетоидныхъ движеній. Кромѣ того объясненіе прекращенія во снѣ насильственныхъ движеній мы находили въ допущеніи проф. *Попова*, что „измѣненія, происшедшія въ клѣткѣ, повышаютъ ея возбудимость и клѣтка въ силу этаго становится чувствительной къ раздраженіямъ, имѣющимся даже въ отдаленныхъ территоріяхъ и передаваемымъ по коммисурамъ"; такъ какъ во снѣ элементы воли прекращаютъ свою дѣятельность а вмѣстѣ съ тѣмъ исчезаетъ и источникъ раздраженія, то и возбудимость пораженной клѣтки, благодаря временному улучшенію питанія а слѣдовательно и обмѣну веществъ, уменьшается на столько, что не сказывается видѣ атетоза.

Принимая допущеніе *Н. М. Попова* относительно возбудимости клѣтки, мы такъ-же легко можемъ объяснить и вліяніе психики на усиленіе атетоидныхъ движеній.

Не трудно объяснить и тотъ фактъ, что б-й усиліями воли не можетъ подавить насильственныхъ движеній. Какъ выше было сказано, внутриклѣточныя измѣненія, происшедшія на почвѣ разстройства обмѣна веществъ, являются постояннымъ источникомъ раздраженія и самовозбужденія, а слѣдовательно импульсъ, получаемый со стороны психической клѣтки, является моментомъ только усиливающимъ уже существующее возбужденіе, а не тормозящимъ.

Такое же вліяніе оказываетъ и всякая произвольная мышечная работа.

Если мы теперь напомнимъ, что въ качествѣ этіологическаго момента почти во всѣхъ случаяхъ атетоза имѣется

разстройство церебральнаго кровообращенія, происшедшее на той или иной почвѣ, а какъ извѣстно эти измѣненія обычно сопровождаются и разстройствомъ обмѣна веществъ, по крайней мѣрѣ въ сложномъ организмѣ, но такъ какъ у насъ нѣтъ основаній предполагать, что жизненные процессы въ клѣткахъ протекаютъ по особымъ законамъ, то мы въ правѣ допустить, что всякое нарушеніе кровообращенія мозга повлечетъ за собой въ большей или меньшей степени разстройство процессовъ ассимиляціи и диссимиляціи и въ отдѣльныхъ клѣткахъ.

Въ зависимости отъ того будутъ ли эти измѣненія стойкія или временныя, разовьются ли они остро или постепенно, будутъ ли они врожденными, т. е. развившимися еще во внутриутробной жизни или, такъ сказать физіологическими, какъ результатъ старческаго измѣненія сосудовъ—передъ нами будутъ тѣ или иныя нарушенія функцій органовъ движенія.

Мы полагаемъ, что не только атетозъ, но и всѣ виды насильственныхъ движеній стоятъ въ непосредственной зависимости отъ вышесказанныхъ измѣненій пирамидныхъ клѣтокъ психомоторной зоны.

То обстоятельство, что атетозъ очень рѣдко осложняетъ различнаго рода церебральныя заболѣванія — respect. разстройства кровообращенія, не противорѣчитъ сдѣланнымъ здѣсь предположеніямъ—мы допускаемъ, что разстройства кровообращенія мозга въ большинствѣ случаевъ сопровождается либо временнымъ нарушеніемъ обмѣна, либо измѣненія эти настолько ничтожны, что ничѣмъ себя не проявляютъ, либо наконецъ смертью клѣтки и выпаданіемъ функціи.

Заканчивая главу о природѣ насильственныхъ движеній, мы, къ основнымъ положеніямъ проф. *Попова*:

1) Безъ измѣненій въ корѣ психомоторной зоны нѣтъ атетоза;

2) Фокусныя субкортикальныя поврежденія являются условіемъ, усиливающимъ возбудимость пирамидныхъ клѣтокъ (психомоторной зоны), но не объясняютъ происхожденія насильственныхъ движеній и

3) При полномъ разрушеніи или удаленіи коры психомоторной области атетозъ невозможенъ.

можемъ добавить—a) причина насильственныхъ движеній заключается въ глубокомъ измѣненіи обмѣна веществъ въ пирамидныхъ клѣткахъ психомоторной зоны и b) только тщательное изслѣдованіе коры и дальнѣйшія экспериментальныя работы могутъ анатомически доказать правильность корковой гипотезы и приведенныхъ здѣсь положеній.

Въ заключеніе считаю пріятной обязанностью выразить благодарность своему глубокоуважаемому учителю профессору Николаю Михайловичу Попову за всѣ тѣ цѣнныя указанія, которыми я широко пользовался при выполненіи этой работы.

ЛИТЕРАТУРА.

1. *Грейденбергъ.* О послѣгемиплегическихъ разстройствахъ движеній. С.-Петербургъ. 1884 г. Диссертація. (Обзоръ литературы до 1884 года).
2. *Monakow.* Gehirnpathologie. Wien. 1897. (Обзоръ литературы до 1897 г.)
3. *Anton.* Ueber die Beteiligung der grossen basalen Hirnganglien bei Bewegungsstörungen und insbesondere bei Chorea. Jahresb. für Psych. und Nenrologie. 14. s. 140. 1895.
4. *Arnsperger.* Ueber Athetose als Complication der Tabes dorsalis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 18. s. 389.
5. *Алелековъ.* Медицинское обозрѣніе. 1895. № 7.
6. *Andry.* I. L'athétose double et les chorées chroniques de l'enfance. Paris. 1892. Монографія.
7. *Anglade, Jacquin et Dumora.* Lefacial superier dans l' hémiplégie spasmodique athétosique infantile. Journ. de Méd. de Bordeaux. 26. II. 05. p. 151 рефератъ.
8. *Бехтеревъ.* Основы ученія о функціяхъ мозга. С.-Петербургъ. 1905. Вып. 4 и 5.

9. „ Проводящіе пути спинного и головного мозга. СПБ. 1898.

10. *Babanneix et Paisseau.* Meningite tuberculeuse et mouvements choréiformes. Gaz. des hôpit. 1910. № 148. Реф. Iahrbr. Neurologie und Psychiatrie.

11. *Birckenstaedt. A.* Ueber Athetose. Leipzig. 1906. Inaugural-Dissertation.

12. *Bonhöeffer* Beitrag zur Lokalisation choreatischer Bewegungen. Monatschr. fur Psych. und Neurologie. 1897. I. S. 6.

13. „ Zur Auffassung posthemipleg. Bewegungsstörungen. Ebendaselbst. 1901. 10. s. 383.

14. *Boinet.* Méningite tuberculeuse de l'adulte à forme choréoathétosique. Gazette des hôpitaux. 1899. № 43.

15. „ Athétose double hereditaire chronique de l'adulte. Société de Neurologie de Paris. 5. VII. 1900. Реф. Revue Neurologique 1900. p. 637.

16. *Boucant.* Nouveau Montpellier médical. 1898. 31. VII. Рефератъ.

17. *Buck* (de). Athétose chez un diplégique infantile. Journ. de Neurolog. Bruxelles. 1906. № 2. Реф.

18. *Boinet.* Des mouvements athétosiques dans le tabes dorsalis. Revue Neurologie. 1901. № 11.

19. *Brachmachari.* A case of posthemiplegic athetosis. Brit. med. Journ. № 2049. Реф. Iahresbericht Neurolog. и Psych. 1900. S. 283.

20. *Berger.* A. Zur Kenntniss der Athetose. Wien. Klin. Rundsch. № 41. s. 751. Реф. Jahresbericht N. и P. 1901. s. 248.

21. „ Zur Kenntniss der Athetose. Jahrbücher fur Psychiatrie. Bd. 23. s. 214, 1903.

22. *Брейтманъ.* Къ патогенезу хореи и атетоза. Русскій врачъ. № 46. стр. 1677.

23. „ Chorée et athétose. Congrés de Madrid. Реф. Rev. Neurol. 1903. p. 589.

24. *Baner, S.* Hemiathetose unter der Geburt. Berliner klin. Wochenschr. № 5. s. 129.

25. *Bäumlin.* Ueber familiäre Erkrankungen des Nervensystems. Deutsche Zeitshrift für Nervenheilkunde. 1901. № 20. s. 265.

26. *Блюменау.* Случай атетоза. Медицинское обозрѣніе. 1894. № 10.

27. *Barlano.* Contributo allo studio ed alla cura della atetosi. Archivio italiano di cliniche medica. 1894. Реф. Rev. Neurol. 1895 p. 80.

28. *Ballet et Faure.* Lésions des cellules de la moelle dans un cas de maladie de Parkinson. Revue Neurologique. 1898. p. 94.

29. *Bolcarut.* Méningite aves Symptômes Choréiformes et Epileptiformes. Nouveau Montpellier médical. t. VII. p. 865. 1898. Реф. Rev. Neurologique 1899. p. 23.

30. *Brissand et Hallion.* Athétose double. Rev. Neurolog. 1893. p. 314 и 409.

31. *Bernhardt.* Athétose post-hémiplegique avec hypertrophie musculaire. Centralblat für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1903. IV. Rev. Neurol. 1906.

32. *Brissand.* Lésions anatomiques et mécanisme de l'athétose. Gazette hebdomad. 1880. №№ 49—50.

33. „ Encéphalopathies infantiles. Athétosé double Traité de médecine par Charcot, Bouchard, Brissand. T. VI. 1894.

34. *Boinet.* De l'hemiplégie urémique. Revue de médec. 1892. № 12. Цитир. по Mikulski.

35. *Charcot.* Oeuvres complétes. Leçons sur les maladies du systéme nerveux. De l'hémichorée post-hémiplegique. p. 358.

36. *Constantini.* Sul riso e sul pianto spastico. Ricerche anatomocliniche. Rivista di patol. nerven. e ment. XV. 1910. F. V. Реф. Neurolog. Centr. 1910. t. 780.

37. *Combo.* Contribution a l'étude de l'hémiathétose primaire. Revue médecine de la Suisse. 1892. Цитир. по Sander'y.

38. *Cohn, Toby.* Ein Fall von Athetose im gebiete der Hirnnerven und wahrer Muskelhypertrophie bei spastischer infantiler Hemiplegie. Neurolog. Centralblatt. № 15. s. 715.

39. *Campbell.* A case of bilateral athetosis with some unusual symptoms. Alienist and Neurolog. Vd. 20. № 2. Реф. Jahresbericht. N. и P. 1899. s. 344.

40. *Crespin.* Athétose double. Mort au cours de variole. Autopsie. Syphilis héréditaire probable. Archives de Neurologie. 2. S. T. XXII. p. 191.

41. *Chauffard.* Maladie de Friedreich avec attitudes athétoides. Semaine médicale. 1893. № 52. p. 409. Реф. Revue Neurolog. № 1. p. 603.

42. *Calabrese.* Contributo allo studio della atetosi. Giornale internaz. di Scienze mediche. 1894. № 18—19. Реф. Rev. Neurol. № 3. p. 79.

43. *Chipaalt.* Tuberculose du Diploé. Crises Epileptiques. Hémicontractur post-hémiplégique avec Athétose. Résection de la partie de l'os malade. Disparetion de l'Hémicontracture. Travaux de neu-

rologie chirurgicale. 1900. p. 121. Реф. Rev. Neurol. 1900 p. 1084.

44. *Crocq.* Un cas d'hémicontracture avec hémiathétose. Journ. de Neurolog., № 3.

45. *Ders.* Zur Auffassung der posthemiplegischen Bewegungstörungen. Monats. f. Psych. и Neur.

46. *Dalton.* Double Athetosis. Lancet. Clinic. Sos. of Lond. 10. s. 20. Цитир. по Vogt'y.

47. *Déjerine et Thomas.* Un cas d'hémiplégie infantile avec hémiathétose. Suivi d'autopsie. Soc. de Neurol. de Paris. 7. 6. Реф. Rev. Neurol. Vol. 8. p. 518.

48. *Dupré et Lemoin.* Hémiataxie et Hémiathétose traumatiques. Société de Neurologie de Paris. 4. VII. 1907. Реф. Rev. Neurologique. 1907. p. 744.

49. *Dejerine et Roussy.* Le syndrome thalamique. Revue Neurologique. 1906. p. 521.

50. *Ewald.* Vorstellung einer Patientin mit Hemiathetose auf syphilitischer Basis. Ges. der Charité-Aerzte. 21./II. 1895. Реф. Centralbl. f. Nervenh. u. Psych. 1895. s. 431.

51. *Eisenlohr.* Zur patologischen Anatomie der Athetose. Jahrh. der Hambindischen Staatskranken an Stralten. 1896. Bd. IV. Реф. Neurolog. Centralblatt. 1896. s. 845.

52. *Eichhorst.* Ueber Athetose. Virchow's Archiw. Bd. 137. Цитир. по Sander'y.

53. „ Ueber Athetose, Archiv für Pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medecin. Bd. 137. H. 1. 1894. S. 100. Реф. Rev. Neurol. T. III. p. 266.

54. *Economo und Karplus.* Pedunculusdurchschneidungen und experimentelle Chorea. Deut. Zeitschr. f. Nervenheilk. 1909. s. 166.

55. *Ftienne.* Syndrome hémi-tonoclonique post-hémiplégique, ses rapports avec les autres trembles moteurs post-hémiplégiques. L'Encéphale. 1907. v. II. № 7. p. 1.

56. *Fischer.* Zur pathologischen Anatomie der Hemichorea und Athetose. Ausführe. Publ. in der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. Реф. Neurolog. Centralblatt. 1909.

57. *Frey E.* Beiträge zur Lehre der posthemiplegischen Bewegungsstörungen. Neurologisches Centralblatt. 1905.

58. *Fuchs.* Сообщеніе по Verein f. Psych. und Neorolog. in Wien. 1905. Реф. Neurolog. Centralblatt. 1905. s. 921.

59. *Friedländer.* Posthemiplegische Bewegungsstörung. Zeitschr. für ärztl. Fortbindung. III. № 2. Реф. Neurol. Centralbl. 1907.

60. *Fränkel.* Arhetose bei tabes dorsalis. Dissertation. Berlin. 1898.

61. *Fischer.* Athetosis and Kindret affections. Philadelf. med. Journ. Vol. V. № 9. Реф. Jahresbericht N. и P. 1900. s. 283.

62. *Ferrand.* De l'hémiathétose. Gaz. des hôpit. № 120. Реф. Jahresberich. N. и P. 1900. s. 282.

63. *Frankel-Hochwart.* Ueber Athetotis. Deutsche klinik. № 131. Реф. Jahresbericht N. и P. 1905.

64. *Faure-Beaulieu et Lewandowsky.* Hémiplégie cérébrale infantile; Spasme mobile; mouvements athétosiformes et hypertrophie musculaire du côté hé-

miplégique. S. N. P. 2. II. 1905. Реф. Rev. Neurol. 1905. p. 254.

65. *Fromaget.* De l'athétose pupilaire ou hippus. Archives d'Opht. 1906. p. 230. Реф. Revue Neurologique. 1907. p. 658.

66. *Fischer. O.* Zur Frage der anatomischen Grundlage der Athétose double und der posthemiplegischen Bewegungsstörung überhaupt. Zeitschr. f. die ges. Neurolog. u. Psych. 1911. s. 463.

67. *Gurcio.* Tabe con Atetosi doppia. Annali di Medicina navale. Anno IV. f. III. p. 274. 1898. Реф. Rev. Neurolog. 1898. p. 306.

68. *Grober.* Hysterischer Schlafzustand mit choreatischen Bewegungon. Deut. Zeitschr. f. Nervenh. 1905. s. 281.

69. *Goulard.* Contribution à l'étude clinique et pathologénique de l'athétose double. Thèse de Paris. 1903.

70. *Gowers.* Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Bd. II.

71. *Hauptmann.* „Akute Ataxie" bei tuberkulöser Meningitis. Mitteil. a. d. Hamburgischen Staatskrankenanstalten. XV. 1910. S. 1. Реф. Neurolog. Centralbl. 1912. s. 310.

72. *Hammond.* Цитир. по Попову и Frey'ю. A treatise on the diseases of the nervons systems. New-Iork. 1871.

73. *Heine.* Spinal kinderlähmung. 1861. Цитир. по Попову.

74. *Herz.* Zur Frage der Athetose bei Thalamuserkrankungen. Arb. a. d. Wiener neurol. Institut. XVIII. s. 346. Реф. Neurol. Centralbl. 1911. s. 1014.

75. *Haenel.* Zur pathologischen Anatomie der Hemiathetose. Zugleich Beitrag zur Kenntniss der aus der Vierhügelgegend absteigenden Bahnen beim

Menschen. Dtsch. Ztschr. f. Nervenhkd. XXI. s. 23.

76. „ Ueber die Leitung der Motilität im Zentralnervensystem; im Anschluss an die mikroskopische Untersuchung eines Falles von Hemiathetose. Münchener Med. Wochenschr. № 11. s. 463. Реф. Jahresber. N. u. P. 1902. s. 157.

77. *Hollander*. Athétose. Journal de Neurologie Bruxelles. 1906. № 2, Rev. Neurol. 1908.

78. *Hudovernig*. Archiv für Psychiatrie. XXXVII. S. 86. Beitrag zur pathologichen-Anatomie der Chorea minor.

79. *Haupt*. Ein Beitrag zur Kenntnis der idiopathischen Athetose (Athétose double). Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 33. s. 464.

80. *Higier*. Ein Fall von Athetose double familiale. Gaz. lek. Реф. Jahresber. N. u. P. 1908. s. 318.

81. „ Ein Fall von endogener Athetose double, die in jugendlichem Alter entstanden ist. Neorologia polska. H. IV. Реф. Jahresbericht N. u. P. 1910. s. 398.

82. *Hecker*. Mitbewegungen und Athetose double (mit krankenvorstellung). Versamml. mitteldeutscher. Psych. u. Neurol. zu Dresden am 22 и 23. X. 1910. Revue Neurologie. 1910.

83. *Herz*. Ein Fall von Athetose. (Demonst. in Verein f. Psych. u. Neurol. Sitzung vom 8. II. 1910). Wiener klin. Wochenschr. Bd. 23. 429.

84. *Hirschberg*. Des mouvements involontaires spontanés ches les tabétiques. Revue Neurologique. 1897.

85. *Hoffmann*. Ueber Hemiplegia diabetica. Inaug.-Dissert. Königsberg. 1895. Цитир. по Mikulski.

86. „ Deutsche Zeitschrift fur Nervenheilkunde. Bd. 18. s. 264.

87. *Jasienski.* Athetosis duplex hysterica, paralisys glossolabialis hysterica. Gazeta lekarska. 1895. № 36. Реф. Neurol. Central. 1896. s. 466.

88. *Jakob. A.* Die Pathogenese der Pseudobulbärparalyse. Archiv f. Psychiat. und. Nervenkrankheiten. 1908. Bd. 45. s. 1097.

89. *Infeld.* Ueber einen Eall von posthemiplegischen Intenfions tremor. Wien. klin Wochenschr. № 44. Реф. Jahrbericht Neur. u. Psych. 1900. s. 283.

90. „ *und Halban.* Zur Pathologie der Hirnschenkelhaube. Arbeiten aus dem Neurolog. Inst. an der Wiener Universität. IX Heft., 1902. s. 329. Цитир. по Marie et Guillain.

91. *Kolisch.* Zur Lehre von den posthemiplegischen Bewegungserscheinungen. Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde. 1893- Bd. IV. s. 14.

92. *Krafft-Ebing.* Zur Athetosis bilateralis. Arb. aus dem Gesammtgebiet der Psych. und Neurolog. 1897. Реф. Neurol. Centralbl. 1898. s. 869.

93. *Kahler und Pick.* Ueber die Localisation der posthemiplegischen Bewegunserscheinungen. Prag. Vierteljahrsschr. p. prakt. Heilkunde. 1879. S. 31. Цитир. по Попову.

94. *Klempner.* Ueber bilaterale Athetose. Neurologisches Centralblatt. 1906. S. 802.

95. *Kaiser.* Myotonische Störungen bei Athetose. Neurolog. Centralbl. 1897. s. 674—680.

96. *Koenig.* Beiträge zur Klinik der cerebralen Kinderlähmungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenh. Bd. 20. 1901. s. 455.

97. *Kopczynski.* Einiges über die Hemiathetose. Medycyna № 32—33. Реф. Jahresbericht N. u. P. 1910. S. 283.

98. „ Medicinische Gesellschaft in Warschau. Демонстрація 2. IV. 1901. Реф. Neurolog. Centralbl. 1903. S. 494

99. *Kunn.* Ueber Augenmuskelkrämpfe bei Athetose. Deutsch. med. Wochenschr. 1897. Реф. Neurolog. Centralbl. 1897. s. 653.

100. *Londe. P.* Ein Fall von doppelseitiger Athetose mit Chorea. Soc. de Neurol. de Paris. Ref. Neur. Centralb. 1901. s. 915.

101. *Lannois.* Athétose double et diplégies cérébrales de l'enfance. Bulletin médical. № 31. 1893. Реф. Rev. Neurolog. T. I. p. 228.

102. „ *et Fayolle.* Hypertrophie osseuse dans l'hémiplégie enfantile avec athétoso-chorée. Soc. des sc. méd. de Lyon. 30. X. 1900. Rev. Neurol. 1904.

103. *Landolfi.* A propos d'un cas d'hémiathétose post hémiplégique. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche; an XXVI. № 136. p. 1432. Реф. Rev. Neurol. 1906. p. 223.

104. *Leroy.* Hémiathétos atypique. La Médicine modern. 1897. № 17. Реф. Rev. Neurol. T. V. p. 643.

105. *Lewandowsky.* Ueber die Bewegungsstörungen der infantilen, cerebralen Hemiplegie und über die Athetose double. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 29. 1905. s. 339.

106. *Londe et Lagrange.* Maladie de Friedreich avec attitudes athétoides. Annales de médecin. 7. III. 1895. Реф. Rev. Neurol. T. III. p. 300.

107. *Marie et Guillain*, Lésion ancienne du noyeau rouge. Nouv. Ic. de la Salp. 1903. 16. p. 80.

108. *Marina*. Des myospasies en général et de la myospasie athétosique en particulier. Extrait du policlinico. 1902. Реф. Rev. Neurol. 1902. p. 1123.

109. *Massalongo*. Sull athetosi doppia. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche. Anno XV. 1894. № 128. Реф. Rev. Neurol. T. III. p. 79.

110. „ Doppelseitige Athetose mit allgemeiner Muskelstare; reine doppelseitige Athetose; doppelseitige Chorea-Athetose. Wiener med. Blätter. 1897. № 7—12. Реф. Neurol. Centralbl. 1898. s. 875.

111. *Middleton*. A child with spastic diplegia and athetoid movements of both nands and feet. Glasgow Medical Journal. 1896. № 1.—idem.

112. „ A young womau with post-hemiplegie athetosis of the right hand. Glasgow. Med. Journ. 1896. № 1. Реф. Neurol. Centralbl. 1896. s. 1124.

113. *Monakow*. Gehirnpathologie. 1897.

114. „ Posthemiplegische Bewegungsstörungen. Ges. d. A. in Zürich. Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. № 5. s. 149. Реф. Jahresbericht. N. u. P. 1898. s. 332.

115. *Motchane*. Sur certaines formes de contractures dans l'athétose. Thèse de Paris. 1900.

116. *Муратовъ*. Клиническія лекціи по нервнымъ и душевнымъ болѣзнямъ. Выпускъ II. 1899 г.

117. „ Къ патологіи мозговыхъ перерожденій при очаговыхъ заболѣваніяхъ коры. Neurologisches Centralblatt. 1895. s. 482.

118. „ Новыя данныя къ патологіи насильственныхъ движеній при гнѣздныхъ мозговыхъ заболѣваніяхъ. Медицинское Обозрѣніе. 1903. № 11.

119. „ Zur Pathogenese der Hemichorea postapoplectica. Monatschrift für Psychiatrie. 1899. Bd. 5. s. 180.

120. *Moussons.* Diplégie spasmodique avec mouvements athétoïdes, choréiques, atoxiques et tremblements intentionneles. Journal de médecine de Bordeaux. 20. IX. 1896. Реф. Rev. Neurolog. T. V. p. 43.

121. *Michailowsky.* Etude clinique sur l'athétose double. Nouv. Jc. de la Salp. 1892.

122. *Marimo.* Le funzioni sensitve e psichiche negli Emiplegici. Annali di Nevrol. Anno XXII. fasc. I—II. p. 21—124. Реф. Jahrbr. f. Neurol. u. Psych. 1904. s. 322.

123. *Mikulski.* Ueber cerebrale Hemiplegien ohne anatomischen Befund. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 46. s. 434.

124. *Noica et Dumitresco.* Sur la force musculaire des membres á l'état de contracture spasmodique. L'Encéphal. II. № 7. p. 52.

125. *Nonne.* Biologische Abteilung des ärztlichen Vereins in Hamburg. 12. III. 1907. Реф. Neurelogisches Centralblatt. 1907. s. 733.

126. *Mills.* Autopsie on a case of athetoïd spasm, myotonia and diffuse bilateral disturbances of sensation—chronic convexity meningitis of bot hhemispheres with cortical and subcortical softening-lesions most marked in the poster. parietal region. The journal of nerv. and ment. disease.

1891. XII. Реф. Centralb. f. N. u. P. 1893. s. 242.

127. *Oppenheim*. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 1905. s. 702.

128. „ Ueber zwei Fälle von Diplegia spastica cerebralis oder doppelseitiger Athetose. Berliner klin. Wochenschr. 1895. № 34. Реф. Neur. Central. 1895.

129. „ *und Vogt*. Wesen und Lok der kongenitalen und infantilen Pseudobulbärparalyse. Цитир. по Schilder'y.

130. *Oulmout*. Etude clinique d'Athétose. Thèse de Paris. 1878. Цитир. по Schilder'y.

131. *Phedran*. Athetosis, or Mobile Spasm. Febr. Canadian Journ. of Medicine and Surg. 1900.

132. *Poirel*. De l'hémidonotonie post-hémiplégique; sa pathogénie; ses rapports avec les autres troubles moteurs post-hémiplégique. Thèse de Nancy. 1906—07. Цитир. по Etienne'y.

133. *Pennato*. Sull'atetosi bilaterali. Archivio italiano di clinica medica. 1893. Реф. Rev. Neurolog. T. II. p. 499.

134. *Pinatelle*. Deux observations d'Athétose. La Lone Médicale. 17 année. № 9. p. 242. Реф. Rev. Neurolg. 189 . p. 176.

135. *Pieri*. Un cas de syndrome de Little avec athétos. Clinica moderna. 9. XI. 04. Реф. Rev. Neurolog. 1905. p. 478.

136. *Pineles*. Zur Lehre von der Function des Kleinhirns. Obersteiners Arbeiten. 1899. Цитир. по Frey'ю и Schilder'y.

137. *Поповъ Н. М.* Клиническія лекціи по нервнымъ болѣзнямъ. 1909 г. 162.

138. *Преображенскій.* Случай спастической дѣтской гемиплегіи съ припадками кортико-эпилепто-атетоидными. Медиц. записки, 1899. VI. № 12.

139. *Putnam.* A case. of complete athetosis with post-mortem. The journ. of nervus and mental diseases. Nev-Jork. 1892. Реф. Centralbl. Nervenh. u. Psych. 1893. s. 139.

140. *Поповъ Н. М.* Атетоз. Неврологическій вѣстникъ. Т. IX. Вып. 3.

141. *Понятовскій.* Случай двухсторонняго атетоза. Медиц. приб. къ Морскому сбр. Апр. 1902.

142. *Porot.* Destruction isolée par hémorragie d'un peduncule cérébelleux supér. Revue Neurologique. 14. 1907 и 1906.

143. *Probst.* Ueber vom Vierhügel, von der Brücke und vom Kleinhirn absteigende Bahnen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. 1899. Bd. 15. s. 192.

144. *Raymond.* Hémiplégie sensitivo-motrice accompagnée de mouvements athétosiques et atoxiformes et d'une paralysie des mouvements associés des yeux néoplasie tuberculeuse au voisinage des tuberculeuse duadrijimeaux. C. R. de la sect. de neurol. du Cong. de Paris 1900. p. 67 Реф. Rev. Neurol. 1900. p. 719.

145. „ Tremblement post-hémiplégique. Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques. 10. VII. 1908. art. 22092. Rev. Neurol. 1909.

146. „ Etude anatomique, physiologique et clinique sur l'hémianésthésie, l'hémichoréé et les tremblements symptomatiques. Цит. по Frey'ю.

147. *Romagna-Monoia.* Sur le syndrom hémichoréë par lésion organique. Rivista di Patologia nervosa et mentale. Vol. XV. fasc. 10. p. 585.

148. *Ratner.* Ueber posthemiplegische Bewegungsstörungen. Inaugural-Dissertation. Berlin. 1895.

149. *Renault et Halbron.* Athétose double familiale. Ann. de Médecine et Chirurgie infantile. 1905. Реф. Neurolog. Centralbl. 1906. s. 620.

150. *Rinoldi.* Ashétose bilatérale. Gazz. degli Osp. e delli Clin. 23. VI. 1901. Revue Neurologique 1902.

151. *Rossi.* Beiträge zur Kenntnis der pathologischen Anatomie der Meningoencephalitis des Menschen. Archiv für Psych. und Nervenkrankheiten. Bd. 47. 1910. s. 473.

152. *Россолимо.* Хорео-атетоидныя судороги при атаксіи. Общество невропатологовъ и психіатровъ въ Москвѣ. 21. V. 1893.

153. *Rubino.* Deux cas d'Athétose. Rivista d'Igienc. Naples. 1897. Реф. Revue Neurologique. 1898. p. 293.

154. *Roubinowitch.* Démence juvénile avec Athétose double. Конгресъ въ Бордо 5. VIII. 1895. Rev. Neurol. T. III.

155. *Рудневъ.* Athétosis posthemiplegica et epilepsia procursiva. Neurol. Bote. Bd. X. H. 2. s. 76. Реф.

156. *Rummo.* Hémiplégie spasmodique infantile avec Hémichorée et hémiathétos. Riforma Medica. 3. II. 1900 p. 329. Rev. Neurolog. 1906.

157. *Рудневъ.* О геміатетозѣ. Неврологическій вѣстникъ. Т. IX. В. 2.

158. *Sacaze et Galaviele.* Observation de parapl. gl.-l.-ps.-bulb. avec autopsie. Revue de Médecine. 1893. V. XIII.

159. *Seiligmüller.* Ueber Athetose. Schmidts Jahrbücher. Цит. по Schilder'y.

160. *Sander.* Ein Fall Athetose mit Sectionsbefund. Neurologisches Centralblatt. 1897. s. 301.

161. *Sarbó.* Einen Fall von Athetose. Psych.-neurol. sekt. des Budapester königl. Ärztevereins 19. XII. 1906. und 20. I. 1908. Реф. Neurolog. Centralblatt. 1908. s. 1190 и 1909. s. 620.

162. *Sano.* Athétos double. Leçon clinique recueillie; Journal de Neurologie et d'Hypnologie. 1896. Bruxelles. Реф. Neurolog. Centralblatt. 1897. s. 652.

163. *Schilder.* Ueber Chorea und Athetose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. nnd Psych. Bd. VII. 1911. H. 3.

164. *Siefert.* Ueber functionelle Hemiathetose. Archiw für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 38. H. III.

16x. *Sölder.* Infantile Pseudobulbärparalyse als Teilerscheinung einer spastischen Diplegie mit bilaterale Athetose. Wiener klin. Wochenschr. 1897. Ref. Neur. Centr. 1898. Цит. по Handbuch der Neurologie Bd. III. ped. Lewandowsky. Berlin. 1912. Cerebrale kinderlähmung. H. Vogt. s. 277.

166. *Soltmann.* Die functionellen Nervenkrankheiten. Gerhardt's. Handb. V. 2.

167. *Sphel.* Athétose double. Journal de Neurologie et d'hypnologie. Bruxelles 1896. № 5. Реф. Revue Neurologique. T. IV. p. 264.

168. *Spiller.* Acquired Spasticity and Athetosis. The Journ. of. Nerv. and Mental. Disease. 1908. Реф. Jahresbericht N. u. P. 1909. s. 739.

169. „ The Treatment of Spasticity and Athetosis by Resection of the Posterior Spinal Roots. The Amer. Journ. of the med. Sciences. Vol. CXXXIX. № 6. S. 822. Реф. Jahresbericht. N. u. P. 1910. s. 983.

170. „ *et Frazier.* Le traitment des paralysier cérébrales et de l'athétose par l'anastomose nerveuse et la transplantation. Journ. of nervous and mental disease. 1905. Bd. V. Fich. Bibl. Rev. Neurol. 1908.

171. „ *and v. Kaathoven.* Treatment of Selected Cases of Cerebral, Spinal and Peripheral Nerve Pulsies and Athetosis by Nerve Transplantation. Withthe Report of a Case of Athetosis Benefited by operation. The American Journal of the Medical Sciences. Vol. CXXXI. № 3. s. 430. Реф. Jahresbericht. Neurol. u. Psych. 1906. s. 921.

172. *Stein.* Ueber einen eingenartigen Fall von Friedreich'schen Ataxie, combinirt mit Athetose. Berl. Med. Geselsch., Berl. klin Wochenschr. № 49. Реф. Jahresbericht. Neur. u. Psych, 1897. s. 461.

173. *Stieglitz.* Double Athetosis from. infantile cerebral palsy. Journ. of nerv. and ment. dis. Bd. II. s. 814. Реф. Jahresbericht. N. u. P. 1898. s. 639.

174. *Strozewski.* Ueber die doppelseitige Athetose. Gazeta Lekarska. 1898. № 34. Реф. Jahresbericht. N. u. P. 1897. s. 334.

175. *Strubing.* Athétose dans la syphilis. Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1896. Bd. XXXIII. s. 409. Реф. Rev. Neurolog. T. V. p. 81.

176. *Syllaba.* Mouvements post-hémiplégiques. Société des Médecins tchèques de Prague. 14. II. 1898. Реф. Rev. Neurolog. 1898. p. 301.

177. *Sicard.* Hypertrophie musculaire acquise du memble supérieur droit chez un athétosique. S. N. P. 12. I. Реф. Rev. Neurolog. 1905. p. 121.

178. *Schwarz.* Un cas d'athétose double. Société royale des Médecins de Budapest. 9. XI. 1895. Реф. Rev. Neurolog. T. IV. p. 629.

179. *Stephan.* Zur Genese des Intentionstremor. Archiv f. Psych. und Nervkr. Bd. 18 и 19. S. 735 u. 18.

180. *Schlubach.* Ueber toxische Hemiplegien-Inaug.-Dissert. Berlin. 1890. Цит. по Mikulski.

181. *Souques et Marinesco.* Lésions de la moelle épinière dans un cas de diabète sucré. Revue Neurologique. 1897. p. 242.

182. *Schreiber.* Ein Fall von Athetosis spastica. Archiv fur Psych. 1891. Bd. 22. s. 220.

183. *Taniguchi.* Ein Fall von Distomumerkrankung des Gehirns mit dem Symptomencomplex von Jackson' scher Epilepsie, von Chorea und Athetose. Arch. für Psychiatrie und Nèrvenkrankheiten. 1904. m. I. s. 100.

184. *Thomas André et Jumentié.* Sur la nature des troubles de la motilité dans les affections du cervelet. Revue Neurologique 1909. № 21.

185. *Toby Cohn.* Ein Fall von Little'scher Krankheiten mit dem Symptom der doppelseitigen Athetose. Berlin. Gesellschaft für Psych. u. Nerven. 10. XII. 1900. Реф. Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 35. s. 263.

186. *Tomasini.* L'idiotismo et atetosi. Il. Manicomio, Noura-Inferiore. 1901. № 1—2. p. 139.

187. *Truelle.* Deux cas d'athétose doubles dont uné avec attitudes vicieuse excessives. Bull. de la 5-oe clin. de

Méd. ment. 3. 50. 1910. Bibliog. die neurol. und psych. I. 527.

188. *Tumpowski.* Ein Fall von spastischer halbseitiger Lähmung mit Athetose. Czasopismo lekarskie. № 2. Реф. Jahresbericht. Neurol. u. Psych. 1904. s. 326.

189. *Valli.* Contributo alla conoscensa delle sindiomi athetosische. Rivista sperimentale di freniatra. Fasc. III. Реф. Jahresbericht. Neurol. u. Psych. 1903. s. 1178.

190. *Wetzel.* Ein Fall von multipler Neuritis mit Athetose und Raynand'scher Krankheiten. Münchener med. Wochenschr. 1899. № 13. Реф. Neurol. Centralb, 1900. p. 170.

191. *Wizel.* 2 Fälle von Athétose double. Gazeta Lekarska. Реф. Jahresbericht. N. u. P. 1907. s. 375.

192. *Vogt. H.* Cerebrale Kinderlähmung. Handbuch der Neurologie. Herausgegeben von M. Lewangowsky. Berlin. 1912. Bd. III. s. 277.

193. *Zuppinger.* Mädchen mit Hemiathetose nnd cerebrales Kinderlähmung. Vereinsbeilage. Deutsche med. Wochenschr. 1909. s. 1068. Цитиров. по Vogt'y.

194. *Zweig.* Ein Fall von geheilter Athetosis bilateralis. Wiener klin. Rundsch. № 27. Реф. Jahresbericht. Neurol. u. Psych. 1898. S. 332.

195. *Захарченко.* Къ казуистикѣ тромбоза arteriae basilaris. Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени Корсакова. 1909. Кн. 1—2. Стр. 29.

196. *Anschütz.* Operationen bei Hemiathetosis (spasmus mobilis) und Epilepsie. Med. Gesellschaft Kiel. 2. I. 1910. Реф. Berl. klin. Wochenschrift. 1910. s. 1687.

197. *Blocq. P.* L'athétose double. Gaz. hebdom. de méd. et de chirur. 1892. № 30. Реф. Centr. Nervenheilk. und Psych. 1894. s. 312.

198. *Bernhardt.* Eine seltene Form posthemiplegischer Bewegungsanomalie. Arch. für Psych. u. Nervenkrank. 1895. Bd. 27. H. I.

199. *Marfan et Debré.* Choréo-Athétose bilatérale, sans rigidité spasmodique. Société de pidiatrie de Paris. 1909. Novembre. Rev. Neurolog. 1912. p. 23.

РЕФЕРАТЫ.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМІЯ.

Проф. Ф. Е. Рыбаковъ. Случай микорцефаліи. (Патолого-анатомическія особенности мозга идіотки Машуты П. Труды психіатрической клиники Императорскаго Московскаго Университета. № 1. 1912.

Въ настоящей статьѣ авторъ даетъ описаніе микроскопическаго строенія мозга идіотки Машуты П., пробывшей въ московской психіатрической клиникѣ 25 лѣтъ. Машута П. скончалась въ 1911 году въ возрастѣ 63 лѣтъ отъ крупознаго воспаленія легкихъ.

Мозгъ Машуты вѣситъ 423 грм. Во всѣхъ отношеніяхъ онъ почти въ три раза меньше нормальнаго. При макроскопическомъ изслѣдованіи мозга обнаружился цѣлый рядъ своеобразныхъ особенностей, а именно: а) малое развитіе большого мозга и сравнительно сильное развитіе мозжечка; б) недоразвитіе лобныхъ и затылочныхъ долей; в) неправильное атипическое расположеніе бороздъ, особенно въ лобной части.

Мозгъ Машуты не походитъ совершенно, по своему типу, ни на мозгъ плода къ концу утробной жизни, ни на мозгъ антропоморфныхъ обезьянъ, но представляетъ собой образованіе особаго патологическаго порядка. *Р. Авербухъ.*

ПСИХІАТРІЯ.

Проф. Ф. Е. Рыбаковъ. Нѣкоторыя статистическія данныя къ вопросу о симптоматологіи и этіологіи навязчивыхъ состояній. Труды психіатрической клиники Императорскаго Московскаго Университета. [illegible]

Въ теченіе послѣднихъ нѣсколькихъ лѣтъ автору пришлось зарегистрировать 228 случаевъ навязчивыхъ состояній, изъ нихъ 140 падаетъ на мужчинъ и 88 на женщинъ.

Наиболѣе часто встрѣчающуюся группу составляютъ лица, страдающія боязнью пространства и такъ называемой психической импотенціей. На второмъ мѣстѣ стоятъ больные,

страдающіе боязнью общества и болѣзненнымъ сомнѣніемъ, а затѣмъ уже слѣдуютъ остальныя группы: боязнь прикосновенія, навязчивая безсонница и т. п.

Анализируя картину наблюдаемыхъ имъ случаевъ, авторъ приходитъ къ заключенію, что въ теченіе каждаго навязчиваго состояніе можно различать слѣдующіе моменты: 1) навязывающуюся сознанію идею, 2) аффективное состояніе—чувство страха, безпокойства, тоски—слѣдующее непосредственно за навязчивой идеей, 3) извѣстнаго рода физіологическое измѣненіе со стороны органовъ кровообращенія, дыханія и пр., наступающее вслѣдъ за аффективнымъ состояніемъ, и 4) реализацію навязчивой мысли въ формѣ соотвѣтствующаго поступка или дѣйствія.

Авторъ полагаетъ, что напряженность навязчиваго состоянія стоитъ въ прямой связи съ интенсивностью физіологическаго комплекса.

Что касается этіологіи навязчивыхъ состояній, то наслѣдственное расположеніе къ нервно-психическимъ заболѣваніямъ не является необходимымъ условіемъ для ихъ развитія. Въ случаяхъ автора наслѣдственность отмѣчена въ 47,4%.

Ни неврастенія, ни истерія, ни другія нервно-психическія разстройства не могутъ служить почвой для развитія навязчивыхъ идей.

По даннымъ автора навязчивыя идеи встрѣчаются чаще всего въ молодомъ и зрѣломъ возрастѣ, при чемъ болѣзнь встрѣчается чаще у мужчинъ, чѣмъ у женщинъ.

Авторъ полагаетъ, что въ происхожденіи навязчивыхъ состояній играютъ роль какія то еще не вполнѣ выясненныя условія, не столько наслѣдственнаго, сколько, можетъ быть, личнаго характера. *Р. Авербухъ.*

Проф. Ф. Е. Рыбаковъ. Вліяніе возраста и пола на психическія заболѣванія. Труды психіатрической клиники Императорскаго Московскаго Университета. № 1. 1913.

Для изслѣдованія вопроса о вліяніи возраста и пола на частоту и форму душевныхъ заболѣваній, авторъ пользуется матеріаломъ Московской Психіатрической клиники, въ которой за 25 лѣтъ ея существованія (съ 1887 по 1912 г.) находилось на излѣченіи 1377 стаціонарныхъ больныхъ (844 мужчины и 533 женщины), а также амбулаторнымъ матеріа-

ломъ, составляющимъ 5975 больныхъ (3739 мужчинъ и 2336 женщинъ).

Авторъ приходитъ къ слѣдующимъ выводамъ.

1. Душевныя разстройства у мужчинъ встрѣчаются въ 1,6 разъ чаще, чѣмъ у женщинъ.

2. Такое соотношеніе обнаруживается какъ на стаціонарномъ, такъ и на амбулаторномъ матеріалѣ.

3. Наибольшее число психическихъ заболѣваній падаетъ на возрастъ между 20—40 годами.

4. Каждая болѣзнь имѣетъ какъ бы свой излюбленный возрастъ. Въ возрастѣ отъ 11—20 лѣтъ встрѣчается, главнымъ образомъ, раннее слабоуміе, аменція, истерическіе, дегенеративные и (начинаются) періодическіе психозы, въ возрастѣ 21=30 л.—неврастенія и неврастеническіе психозы, отъ 31—40 л. алкоголизмъ и хроническія интоксикаціи (морфинизмъ, кокаинизмъ и др.), отъ 41—50 л.—прогрессивный параличъ и травматическіе психозы, отъ 51—60 л.—полиневрическій психозъ и психозы, связанные съ органическими пораженіями мозга, и, наконецъ, отъ 61—70 л.—старческіе психозы и меланхолія.

5. Нѣкоторыя формы душевныхъ заболѣваній свойственны, по преимуществу, мужчинамъ, другія—женщинамъ. По амбулаторнымъ даннымъ клиники (какъ свободнымъ отъ искусственнаго подбора больныхъ), у мужчинъ чаще встрѣчается алкоголизмъ и алкогольные психозы (въ 6 разъ), прогрессивный параличъ (въ 8 разъ), травматическіе психозы (въ 5 разъ), сифилисъ мозга и психозы, связанные съ органическими пораженіями мозга (въ 2 раза), хроническія интоксикаціи—морфинизмъ, кокаинизмъ и др. (въ $2^1/_2$ раза), неврастенія и неврастеническіе психозы (въ 3 раза), раннее слабоуміе (въ $2^1/_2$ раза), хроническая паранойя (въ $1^1/_2$ раза), дегенеративные психозы (въ $1^1/_2$ раза) и др.; у женщинъ же чаще наблюдаются истерическіе психозы (въ 30 разъ). меланхолія (въ 3 раза), аменція (въ $1^1/_2$ раза) и др. *Р. Авербухъ.*

ОТЧЕТЫ.

19-го мая с. г. въ аудиторіи медицинскихъ лабораторій Императорскаго Казанскаго Университета состоялась публичная защита диссертаціи на соисканіе степени доктора меди-

цины лѣкаремъ *А. С. Шоломовичемъ*. *„Наслѣдственность и физическіе признаки вырожденія у душевно больныхъ и здоровыхъ“*.

Въ своей работѣ авторъ произвелъ клинико-статистическое изслѣдованіе 500 душевно-больныхъ и 500 здоровыхъ лицъ, принадлежащихъ къ одной и той же этнической группѣ, равныхъ по соціальному положенію, возрасту и полу.

При этомъ изслѣдованіи авторъ пытался выяснить, насколько правиленъ взглядъ на значеніе т. н. физическихъ признаковъ вырожденія, какъ показателей психопатическаго расположенія даннаго лица, какова связь этихъ послѣднихъ съ наслѣдственнымъ отягощеніемъ, при какихъ душевныхъ разстройствахъ эти признаки встрѣчаются чаще.

Наряду съ этимъ поставленъ былъ вопросъ о роли наслѣдственнаго отягощенія въ происхожденіи душевныхъ болѣзней вообще и о дѣйствительной роли физическихъ признаковъ вырожденія, какъ показателей психопатическаго расположенія.

Для изслѣдованія душевно-больныхъ авторъ пользовался матеріаломъ Казанской Окружной Лечебницы и Психіатрической Лечебницы Нижегородскаго Губернскаго Земства. Что касается изслѣдованія душевно-здоровыхъ лицъ, то они производились на матеріалѣ Казанской Губернской Земской больницы и Терапевтической клиники Императорскаго Казанскаго Университета.

Соотвѣтственно поставленнымъ задачамъ, д-ръ Шоломовичъ, съ одной стороны, собиралъ данныя о наслѣдственности изучаемыхъ имъ лицъ, съ другой—производилъ антропометрическія измѣненія (25 измѣреній у каждаго лица)

На основаніи этихъ сравнительныхъ изслѣдованій авторъ приходитъ къ слѣдующимъ результатамъ:

1. Съ общепринятой до сихъ поръ точки зрѣнія большая часть здороваго населенія должна быть признана наслѣдственно отягощенной, что однако не вызываетъ душевнаго разстройства у носителей этого отягощенія.

2. Душевно-больные отягощены немногимъ больше здоровыхъ и, слѣдовательно, далеко не въ большинствѣ случаевъ, а лишь для относительнаго меньшинства общаго числа душевно-больныхъ, наслѣдственныя вліянія могутъ считаться патогенными.

3. Такимъ образомъ, наслѣдственное отягощеніе отнюдь не можетъ считаться важнѣйшимъ этіологическимъ факторомъ

душевныхъ болѣзней и по своему значенію должно занимать далеко не первое мѣсто.

4. Для той группы душевно-больныхъ, въ заболѣваніи которыхъ наслѣдственное отягощеніе играло роль, замѣтнѣе всего вліяніе душевныхъ болѣзней, какъ патогенетическаго фактора. Замѣтную роль играетъ также алкоголь. Вліяніе эпилепсіи и туберкулеза выражено значительно слабѣе.

5. Въ виду крайней сложности вопроса объ имунитетѣ было бы преждевременно говорить объ иммунизирующемъ вліяніи органическихъ нервныхъ заболѣваній родителей, какъ это утверждаютъ *Wagner v. Iauregg* и *Pilz*. Вполнѣ установленное работами *Koller* и *Diem*'а преобладаніе органическихъ нервныхъ болѣзней въ родствѣ здоровыхъ, подтвержденное въ полной мѣрѣ и даннымъ изслѣдованіемъ, представляетъ интересный фактъ, удовлетворительное объясненіе котораго есть дѣло будущаго.

6. Изъ различныхъ формъ психозовъ, наслѣдственныя вліянія предковъ сосредоточены больше въ алкогольныхъ и періодическихъ психозахъ, меньше всего въ прогрессивномъ параличѣ.

7. Физическіе признаки вырожденія, встрѣчаясь почти въ одинаковой степени и количествахъ у душевно-больныхъ и здоровыхъ, отягощенныхъ и неотягощенныхъ, не имѣютъ прямого отношенія къ наслѣдственному отягощенію, не служатъ его показателями и не указываютъ на вырожденіе носителя ихъ (за исключеніемъ кретинизма и порэнцефаліи)

8. Ихъ нѣкоторое скопленіе у ограниченной группы больныхъ (имбециликовъ) указываетъ, что эндогенныя вліянія въ томъ числѣ и наслѣдственныя, въ происхожденіи внѣшнихъ аномалій играютъ меньшую роль, чѣмъ вліянія бластофторическія, экзогенныя.

9. Подробныя кефалометрическія измѣренія душевно-больныхъ и здоровыхъ также подтверждаютъ сказанное.

На основаніи всего вышесказаннаго авторъ приходитъ къ отрицанію того значенія, которое обычно придается понятію вырожденія и къ утвержденію возрожденія, что вполнѣ гармонируетъ со взглядомъ на болѣзнь, какъ на реакцію организма, результатомъ которой можетъ явиться даже усиленіе его оборонительныхъ средствъ.

Данныя работы, отрицая правильность общепринятыхъ взглядовъ о могуществѣ темныхъ, не изслѣдованныхъ наслѣдственныхъ вліяній, выдвигаютъ необходимость болѣе значительнаго анализа экзогенныхъ факторовъ, остававшихся до сего времени въ тѣни.

Въ частности, для судебно-психіатрической экспертизы важно, что наличность того или иного „отягощенія“ въ родствѣ испытуемаго, даже въ комбинаціи съ т. н. физическими признаками вырожденія, весьма мало говоритъ о „дегенераціи“ субъекта и отнюдь не можетъ способствовать выясненію вопроса о вмѣняемости.

Изъ всего этого слѣдуетъ также, что т. н. „хирургическая профилактика вырожденія“—кастрація душевно-больныхъ является плодомъ заблужденія и лишена научнаго основанія.

Въ послѣдовавшихъ затѣмъ преніяхъ, первый изъ оппонентовъ, проф. Л. О. Даркшевичъ отнесъ къ числу достоинствъ работы самый выборъ клинической темы, затрагивающей, кромѣ того, одинъ изъ сложнѣйшихъ, неразработанныхъ вопросовъ психіатріи и указалъ на цѣнность выводовъ, совпадающихъ съ его собственными взглядами, выработавшимися путемъ личнаго опыта и наблюденія. Далѣе оппонентъ указалъ на цѣлый рядъ стилистическихъ и другихъ внѣшнихъ недочетовъ работы. По вопросу о методикѣ оппонентъ считаетъ неправильнымъ исключеніе изъ сферы изслѣдованія лицъ моложе 20 лѣтъ, какъ это сдѣлалъ авторъ. Съ послѣднимъ замѣчаніемъ диспутантъ не согласился, считая необходимымъ исключить именно эту группу, какъ состоящую главнымъ образомъ изъ имбециликовъ и идіотовъ.

Прив.-доц. д-ръ А. А. Мелкихъ, отмѣтивъ интересъ темы, солидность матеріала и добросовѣстность его разработки, указалъ, что методъ работы приближаетъ ее къ типу экспериментальныхъ. Затѣмъ оппонентъ указалъ на нѣкоторыя неточности въ таблицахъ наслѣдственности.

Проф. В. П. Осиповъ указалъ на большое количество труда, затраченнаго на разработку одного изъ важнѣйшихъ для психіатріи вопросовъ, на оригинальную методику работы и на большое количество изученнаго матеріала, вполнѣ достаточнаго для обоснованія выводовъ. По мнѣнію оппонента, эта диссертація является однимъ изъ камней въ фундаментѣ но-

ваго ученія о наслѣдственности. Оппонентъ считаетъ однако болѣе правильнымъ менѣе категорическую формулировку второго вывода диссертаціи. Съ этимъ диспутантъ не счелъ возможнымъ согласиться, полагая, что его матеріалы даютъ ему право на еще болѣе категорическія утвержденія.

Послѣ короткаго совѣщанія диспутантъ былъ удостоенъ степени доктора медицины.

ИЗЪ ФИЗИКО-МЕДИЦИНСКАГО ОБЩЕСТВА ВЪ МОСКВѢ.

5-го февраля 1913 года состоялось очередное засѣданіе Физико-Медицинскаго Общества. Докладчиками былъ д-ръ Л. И. Венгеровъ: „Роль мускулатуры при постановкѣ голоса въ вокальной педагогіи и терапіи“; и д-ръ Ф. А. *Андреевъ*: „Опыты оживленія сердца и центральной нервной системы“.

Л. И. Венгеровъ въ своемъ докладѣ освѣтилъ современное состояніе физіологіи и литературу по данному вопросу и пришелъ къ слѣдующимъ выводамъ, которые и приводятся въ формѣ аутореферата: 1) „Уже начиная съ начала 19-го вѣка въ школахъ и методахъ послѣдняго времени, стремящихся основывать свои положенія на данныхъ физіологіи голосовыхъ органовъ и эстетическія требованія эмпириковъ въ вопросахъ постановки голоса и голосовой техники связать съ современными данному періоду, научными областями, ставится существеннымъ условіемъ правильнаго тонообразованія сознательно управляемый голосовой механизмъ; 2) прогрессъ въ соотвѣтственныхъ научныхъ областяхъ, въ техникѣ изслѣдованія голосовыхъ и дыхательныхъ органовъ, труды по экспериментальной фонетикѣ, дали возможность наглядно показать значеніе нѣкоторыхъ фонетическихъ факторовъ, объяснить значеніе эмпирическихъ положеній, способствовавъ раскрытію (секретовъ) эмпирической педагогіи; 3) разрѣшеніе вопросовъ голосовой гигіены и способовъ исправленія разстройствъ голосовыхъ органовъ еще болѣе закрѣпляетъ связь вокальной педагогіи съ медициной; 4) съ особенной рельефностью въ изслѣдованіяхъ и выводахъ авторовъ новѣйшихъ методовъ и трудовъ по экспериментальной фонетикѣ обозначилась роль мускулатуры голосового аппарата для правильнаго тонообразованія, отъ которой зависитъ въ качественномъ и количественномъ отношеніи техника и гигіена голоса; 5) первой

задачей всякой раціональной методы постановки голоса должна быть легкость тонообразованія (образованіе звука при минимальной затратѣ энергіи) путемъ систематическаго укрѣпленія мускулатуры, участвующей въ тонообразованіи, на принципѣ увеличенія сопротивленія движенія мышечныхъ группъ (дыхательная, врачебная гимнастика) (приборы Flatau); 6) въ какомъ бы противорѣчіи не находились теоріи голосо-образованія въ деталяхъ, относящихся къ вопросу о регистрахъ, о закрытіи звука, резонаторахъ рта и глотки,—во всякомъ случаѣ, выработанъ уже цѣлый рядъ требованій, признаваемыхъ почти всѣми безъ исключенія педагогами и физіологами голоса: свободное отъ судорожныхъ сокращеній лицевой мускулатуры положеніе головы, устойчивость позиціи гортани, на соотвѣтствующей высотѣ, покойное положеніе языка у корня рѣзцовъ, увѣренность дыхательной техники для осуществленія apadgio и т. д., требующихъ координированности и выносливости въ дѣятельности опредѣленныхъ мышечныхъ группъ; 7) даже при безболѣзненномъ состояніи органовъ голоса пока дѣятельность мускулатуры лицевой, ротовой, глоточной, шейной, грудной и брюшной, играющей роль „опоры“ звука и дыханія не будетъ совершенна, не можетъ быть рѣчи о правильномъ дыханіи и тонѣ т. е. о совершенствѣ дыхательной и голосовой техники; цѣль же всякихъ ортофоническихъ упражненій мускулатуры и въ созданіи постояннаго тонуса; 8) какой бы школа не признавала методъ въ отношеніи дыханія и тонообразованія, изученіе и упражненіе голосовой мускулатуры являются необходимыми элементами всякой школы; 9) ограниченіемъ упражненій одной какой нибудь области, имѣющей вліяніе на образованіе звука, нѣкоторыми методами создавалось одностороннее развитіе вокальной техники (брюшное дыханіе, злоупотребленіе резонаторами носа и глотки); неправильная постановка голоса, особенно, у субъектовъ съ удовлетворительными музыкальными данными, представляетъ собой недостаточное въ качественномъ или количественномъ отношеніи функціонированіе мускулатуры, имѣющей связь съ тонообразованіемъ; среди средствъ для исправленія недостатковъ постановки звука и предупрежденія ихъ послѣдствій, первое мѣсто должно отвести укрѣпленію мышцъ, общей дыхательной и ортофонической гимнастикой; 10) большинство спеціалистовъ послѣдняго вре-

мени симптомы фонастеніи объясняютъ явленіемъ переутомленія и парэза мускулатуры голоса, рѣчи и дыханія; вышеуказанная гимнастика, направленная противъ истощенія мышцъ, является профилактическимъ и лечебнымъ средствомъ въ терапіи профессіональныхъ недуговъ; 11) разработка наиболѣе существенныхъ вопросовъ въ области экспериментальной фонетики, тѣсно связанныхъ съ изслѣдованіями движеній мускулатуры органовъ голоса, рѣчи и дыханія, со временемъ должны видѣлить преподаваніе (постановки голоса) въ особую спеціальность, опирающуюся на данныхъ экспериментальной фонетики и вообще физіологіи органовъ голоса, рѣчи и дыханія; этимъ цѣлямъ должно служить учрежденіе ортофоническихъ институтовъ:—Universitäts—Ambulatorium für Stimm und Sprach-Störungen, Berlin, Proff, Gutzman и т. п.".

Д-ръ Ф. А. *Андреевъ* въ своемъ сообщеніи высказалъ слѣдующее. Изучая литературу по данному вопросу докладчикъ нашелъ указанія (Кулябко, Hering, Cesaris-Demel и др.) на то, что сердце во многихъ случаяхъ смерти отъ болѣзней еще нѣкоторое время остается жизнеспособнымъ, останавливаясь въ своей дѣятельности только въ силу функціональнаго паралича; то же самое и такія же явленія докладчикъ констатируетъ по отношенію къ центральной нервной системѣ.

Такой періодъ „переживанія—Ueberliben" подалъ докладчику мысль стремиться къ изученію вопроса о возможности возстановленія жизненныхъ функціи всего организма. Еще въ 1907 г. докладчикъ доказалъ, что искусственная общая коронарная циркуляція лучше всего достигается инфузіей быстрой по направленію къ сердцу въ art. carotis или art. subclavia раствора Ringer'овской жидкости съ небольшой примѣсью адреналина. Это обусловливаетъ достаточное давленіе внутри аорты и возстанавливаетъ дѣйствіемъ адреналина тонусъ периферическихъ сосудовъ.

Докладчикъ экспериментировалъ надъ собаками; дыханіе, кровяное давленіе, пульсъ точно регистрировались кимографомъ; докладчикъ начиналъ инфузію спустя три мин.—пять мин., а въ одномъ случаѣ спустя 10 мин. послѣ полнаго прекращенія дѣятельности сердца, дыханія и послѣ затуханія глазныхъ рефлексовъ. Результаты: вслѣдъ за началомъ арте-

ріальнаго вливанія, почти непосредственно за нимъ, возстанавливается дѣятельность сердца и кровяное давленіе, затѣмъ является дыханіе и, наконецъ, рефлексы и движенія. Рядъ случаевъ закончился полнымъ возвращеніемъ животныхъ къ жизни. Большей частью, кромѣ вливанія докладчикъ примѣнялъ венное кровопусканіе, особенно при отравленіяхъ; иногда приходилось примѣнять и искусственное дыханіе. Положительные результаты метода докладчика получены имъ въ слѣдующихъ случаяхъ: (смерть) отъ отравленій ядами и токсинами дифтерійными, (что изучено совмѣстно съ д-ромъ *Падлевскимъ*), смерть отъ электрическаго тока, отъ воспаленія брюшины, отъ обширныхъ нагноеній. Результаты опытовъ докладчика иллюстрированы имъ кимографическими кривыми; кромѣ указанныхъ результатовъ докладчикъ убѣдился, что опыты непосредственнаго массажа сердца даютъ рѣшительно неблагопріятные результаты: мало подымаютъ давленіе вѣнечныхъ сосудовъ, съ другой стороны подымаютъ давленіе въ венахъ, усиливая тѣмъ венный застой. Отрицательные результаты получены докладчикомъ и при венной инфузіи Ringer'овскаго раствора. Цитируя составъ Ringer'овской жидкости (0,03 $NaHCO_3$ 00,42 KCL, 0,024 $CaCL_2$, 0,9 NaCL, на 100,0 дестиллированной воды), докладчикъ прибавлялъ къ ней адреналина въ количествѣ отъ 1,0 до 3,0 граммъ и болѣе однопроцентнаго раствора.

Въ томъ же засѣданіи было заслушано Обществомъ заключеніе конструированной имъ Комиссіи по поводу доклада д-ра *Докучаева* о лѣченіи" методомъ естественныхъ дыханій": это заключеніе здѣсь цитируется: „ознакомившись съ докладомъ-ауторефератомъ д-ра *Докучаева*, съ брошюрой его (Лѣченіе „естественными дыханіями". Астма застарѣлыя страданія желудка, кишекъ, печени, почекъ и болѣзни обмѣна. Москва, 1908 г.), а также посѣтивъ лѣчебницу д-ра *Докучаева*, гдѣ онъ демонстрировалъ Комиссіи сеансъ лѣченія „естественными дыханіями", Комиссія единогласно пришла къ нижеслѣдующему заключенію: въ главу угла своего лѣченія д-ръ *Докучаевъ* ставитъ т. н. „естественное дыханіе": то, что пришлось видѣть комиссіи, этому названію никоимъ образомъ не соотвѣтствуетъ, т. к. нельзя считать зѣвоту, которую д-ръ *Докучаевъ* стремится вызвать у своего больного въ теченіе всего сеанса, естественнымъ типомъ дыханія человѣка. Кро-

мѣ того, то положеніе, которое занимаетъ самъ д-ръ *Д.* по отношенію къ больному въ теченіе своего сеанса (сжиманіе обѣими руками низа грудной клѣтки и придавливаніе головой живота паціента) точно также едва ли можетъ споспѣшествовать естественному спокойному ходу дыханія. Если дать отвлечься отъ этихъ, очевидно, побочныхъ акцессуаровъ и признать что д-ръ *Д.* считаетъ полезнымъ для паціента вообще глубокія дыханія, споспѣшествующія, по его мнѣнію, усиленію хода обмѣна веществъ въ организмѣ, то и это мнѣніе д-ра *Д.* никоимъ образомъ не можетъ быть согласовано съ точно установленными положеніями физіологіи. Свое убѣжденіе въ благотворномъ вліяніи глубокихъ дыханій д-ръ *Д.* основываетъ на діурезѣ, якобы всегда наблюдающемся во время дыхательнаго сеанса. Комиссія должна, однако, засвидѣтельствовать, что ничего подобнаго, по крайней мѣрѣ, при томъ сеансѣ, кого она была свидѣтельницей, не наблюдалось. Впрочемъ, если бы нѣкоторый діурезъ когда либо и наблюдался д-ромъ *Д.*, то все же это обстоятельство никоимъ образомъ нельзя ставить въ тѣсную связь съ ходомъ обмѣна веществъ въ организмѣ. Ибо таковое можетъ зависѣть отъ различныхъ случайныхъ обстоятельствъ. Д-ръ *Д.* утверждаетъ далѣе, что ему приходилось наблюдать появленіе послѣ сеанса мочи щелочной реакціи, при чемъ достиженіе этого результата онъ ставитъ особенно высоко, полагая въ немъ доказательство правильности хода обмѣна веществъ въ организмѣ. Съ таковымъ мнѣніемъ д-ра *Д.* Комиссія согласиться никоимъ образомъ не можетъ, какъ научно не обоснованнымъ абсолютно и считаетъ необходимымъ указать, что при случаѣ, подлежащемъ ея контролю ничего подобнаго не наблюдалось. Такимъ образомъ т. н. докторомъ *Д.* „естественное дыханіе“ представляется Комиссіи, скорѣе, неестественнымъ, особенно, въ обстановкѣ его сеанса. Итакъ, эта часть метода д-ра *Д.*, несомнѣнно для Комиссіи, лишена какъ бы ни было научныхъ основаній. Дополнительнымъ средствомъ врачеванія является въ рукахъ д-ра *Д.* т. н. дыхательный поясъ и дѣйствіе статической электрической машины. Дыхательный поясъ д-ра *Д.* состоитъ изъ сложно изогнутой проволки и надѣвается на грудь и на животъ спирально облегая туловище. Онъ долженъ, по мнѣнію д-ра *Д.*, дать опору позвоночнику и тѣмъ облегчать дыханіе. Комиссія полагаетъ, что прово-

лока своей пружинностью стѣсняетъ дыхательный актъ а вовсе не облегчаетъ его. Наконецъ, что касается статическаго электричества, то, повидимому, и самъ д-ръ *Д* не придаетъ ему сколько нибудь серьезнаго значенія т. к. примѣненіе его для самого д-ра *Д* не установлено никакими показаніями. Но всякомъ случаѣ, при томъ примѣненіи электрической машины, которое имѣла случай наблюдать Комиссія, значеніе машины равно нулю.

Слѣдующее очередное засѣданіе Общества состоялось 26 февраля. Были заслушаны доклады: Ф. А. *Андреева*: „Механизмъ компенсаціи недостаточности атріо вентрикулярныхъ клапановъ сердца"; 2) И. А. *Багашева*: „Вопросы діэто-терапіи"; 3) А. А. *Сухова*: „Отчетъ Правленія Физ.-Мед. Об. за 1912 г."

Доклады этого засѣданія не представляютъ интереса съ точки зрѣнія невропатологіи.

26 апрѣля состоялось очередное засѣданіе Общества. Было заслушано сообщеніе *В. Ф. Зеленина* на тему: „прогрессъ ученія о животномъ электричествѣ" (электрокардіографія). Давъ обзоръ литературы вопроса, докладчикъ въ своихъ положеніяхъ высказалъ слѣдующее: каждая изъ сердечныхъ полостей при сокращеніи вырабатываетъ электрическую энергію по типу двухъ-фазнаго колебанія. Электрическіе токи (попарно) интерферируютъ и въ результатѣ сложнаго ихъ взаимодѣйствія получается нормальная электрическая кривая сердца Малѣйшее отступленіе въ сердечной механикѣ должно отразиться на видѣ этой кривой. Наибольшее значеніе въ клиникѣ пріобрѣла электрокардіограмма при анализѣ аритміи". „Немалая заслуга электрокардіографіи отмѣчается также при изученіи особаго состоянія „трепетанія" предсердій, которое можно вызвать экспериментально и наблюдать у постели больного съ pulsus irregul. perpet"... „Подводя итогъ десятилѣтнему опыту въ области электрокардіографіи, приходится признать ее цѣннымъ индивидуальнымъ методомъ функціональной діагностики сердечныхъ заболѣваній". Докладчикъ предлагаетъ переименовать электрокардіограмму терминомъ „электродіагностика сердечныхъ заболѣваній". Электрокардіографія, по докладчику, является однимъ изъ методовъ объективной регистраціи сердечной дѣятельности.

Въ закрытой части этого засѣданія были утверждены слѣдующія правила выдачи премій за научныя работы:

1) При Физико-медицинскомъ о-вѣ утверждается премія въ 500 р. за научныя работы по біологическимъ вопросамъ.

2) Преміи выдаются черезъ каждые три года. На образованіе преміи въ теченіе трехъ лѣтъ отчисляется изъ доходовъ О-ва соотвѣтствующая сумма.

3) Къ соисканію преміи допускаются самостоятельныя сочиненія по біологіи, написанныя русскими (получившими медицинское образованіе въ русскихъ факультетахъ) врачами на русскомъ языкѣ.

4) Сочиненія могутъ представляться какъ рукописныя, такъ и печатныя. Изъ печатныхъ сочиненій къ соисканію преміи допускаются лишь такія, которыя вышли за послѣдній трехлѣтній періодъ передъ выдачей преміи.

Примѣчаніе. Къ соисканію преміи не допускаются сочиненія, уже получившія какую-либо премію, а также послѣдующія за первымъ изданіемъ книги,

5) Оцѣнка работъ, представленныхъ на соисканіе преміи, производится особой комиссіей, состоящей изъ 5 лицъ, избираемой Обществомъ за 1 годъ до присужденія преміи.

6) Присужденіе преміи производится Физико-медицинскимъ Обществомъ посредствомъ закрытой баллотировки, по слушаніи и обсужденіи доклада соотвѣтствующей комиссіи о доставленныхъ работахъ.

Примѣчаніе: Если Обществомъ будутъ признаны достойными преміи двѣ изъ представленныхъ работъ, то премія можетъ быть раздѣлена на двѣ равныя или неравныя части.

7) Отзывы о премированныхъ работахъ докладываются комиссіей въ распорядительномъ засѣданіи Общества и печатаются въ Трудахъ послѣдняго.

8) Объ условіяхъ представленія работъ на соисканіе преміи публикуется въ наиболѣе распространенныхъ медицинскихъ изданіяхъ, по усмотрѣнію правленія, одинъ разъ въ годъ. Работы должны быть представлены въ Общество не позднѣе, какъ за полгода до дня, назначеннаго для присужденія преміи. Присужденіе должно быть оглашаемо въ годичномъ засѣданіи Общества.

9) Обществу представляется право въ случаѣ, если бы не было представлено работъ на премію, самому присуждать ее работѣ по біологіи, которая появится за это 3-хлѣтіе и будетъ Обществомъ признана достойной преміи.

Въ засѣданіи 18 мая были заслушаны доклады: 1) Проф. Софійскаго Университета *П. И. Бахметьева* на тему: „Анабіозъ у животныхъ". Докладчикъ, изучая вліяніе низкихъ температуръ на животный организмъ, пришелъ въ выводу о существованіи особаго физіологическаго состоянія—„анабіоза",—когда организмъ не проявляетъ жизненныхъ функцій, но и не умеръ и можетъ, при извѣстныхъ условіяхъ, быть снова оживленъ; докладчикъ началъ свои опыты съ насѣкомыхъ, потомъ перешелъ и летучимъ мышамъ, рыбамъ и т. д.

2) Слѣдующимъ былъ заслушанъ докладъ *А. А. Сухова* на тему: „Къ вопросу о сочетаніи эпилепсіи съ атетозомъ". Докладчикъ, сдѣлавъ очеркъ литературныхъ данныхъ по этому вопросу, привелъ 3 случая сочетанія эпилепсіи съ атетозомъ: первый случай: крестьянская дѣвица, 43 лѣтъ; наблюдается въ эпилептическомъ отдѣленіи Стрекаловской больницы около 14 лѣтъ; въ анамезѣ: около года—„младенческая"; съ того времени установились; правосторонній геміатетозъ и эпилептическіе припадки. Въ больницѣ констатировано: небольшой правосторонній гемипарэзъ съ явленіями отсталости въ развитіи отъ лѣвыхъ конечностей и съ небольшимъ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ; типичныя явленія атетоза въ правыхъ конечностяхъ съ участіемъ и нижнихъ вѣтвей праваго лицевого нерва; геміатетозъ слагается изъ червеобразныхъ движеній на периферіи конечностей и изъ явленій подвижного спазма въ конечностяхъ; черепные нервы, сфера чувствительности и мышечное чувство всюду нормальны; констатированы припадочныя явленія общей эпилепсіи судорожнаго типа и симптомы послѣдовательной эпилептической психической дегенераціи;

2-ой случай. Еврейская дѣвушка, 29 лѣтъ; наблюдается въ эпилептическомъ отдѣленіи той же больницы около 5 лѣтъ. Въ анамнезѣ: 6-ти мѣсяцевъ к. то инфекція, послѣ чего развились явленія правосторонняго гемипарэза-атетоза; съ 15 лѣтъ присоединились явленія эпилепсіи. Въ больницѣ констатировано: правосторонній въ небольшой степени и съ небольшимъ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ гемипарэзъ; характер-

ныя явленія правосторонняго въ конечностяхъ атетоза, слагающагося изъ червеобразныхъ движеній на периферіи (пальцахъ) и подвижного спазма по всей верхней и нижней конечности; чувствительность и мышечное чувство всюду нормальны; черепные нерны нормальны; констатированы симптомы общей эпилепсіи;

3-й случай: интеллегентная дѣвушка, 33 лѣтъ. Въ анамнезѣ: эпилептическій діатезъ въ семьѣ больной. Сама больная около 2-хлѣтняго возраста перенесла к. то инсультъ; послѣ чего установились симптомы провосторонняго геміатетоза; лѣтъ же около 24 присоединились ясные эпилептическіе припадки. У больной констатировано: правосторонній въ небольшой степени гемипарэзъ съ небольшимъ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ; характерныя явленія атетоза въ правыхъ конечностяхъ и, отчасти въ нижнихъ вѣтвяхъ праваго лицевого нерва; чувствительность нормальна; константирована эпилепсія въ формѣ Джаксоновской.

Такимъ образомъ, клиническая картина во всѣхъ 3 случаяхъ, въ общемъ, однородная; эпилепсія въ 1-омъ и во 2-омъ—общая, въ 3-емъ Джаксоновская; во всѣхъ несомнѣнный правосторонній геміатетозъ при небольшомъ гемипарэзѣ съ явленіями отсталости въ развитіи, съ небольшимъ повышеніемъ сухожильныхъ рефлексовъ справа, но при нормальныхъ чувствительности и мышечномъ чувствѣ. Всѣ 3 случая локализируются докладчикомъ въ корковой зонѣ коры лѣваго полушарія и служатъ въ пользу взгляда защитниковъ корковой локализаціи послѣгемиплегическаго геміатетоза.

А. А. Суховъ.

ХРОНИКА И СМѢСЬ.

7-го апрѣля 1913 г. состоялось 3-е Совѣщан'е редакторовъ Петербургскихъ медицинскихъ изданій по вопросу о борьбѣ съ врачебнымъ шарлатанствомъ. Предсѣдательствовалъ *Л. Б. Бертенсонъ*. Присутствовали члены Совѣщанія: *М. Б. Блюменау* («Практическая Медицина»), *Н. А. Вельяминовъ* («Русскій Хирургическій Архивъ»), *С. В. Владиславлевъ* («Русскій Врачъ»), *Р. І. Гайковичъ* («Туберкулезъ»), *Н. Ѳ. Гамалья* («Гигіэна и Санитарія). *Ѳ. Ѳ. Гольцингеръ* («St Petersburger mediz. Zeitschrift»), *Г. И. Дембо* («Врачебная Газета»), *Г. Б. Конухесъ* («Труды дѣтскихъ врачей»), *А. А. Лозинскій* («Врачебная Газета»), *Д. П. Никольскій* («Журналъ русскаго Общества охраненія народнаго здравія»), *Б. А. Оксъ* («Домашній Докторъ»), *С. Б. Орѣчкинъ* («Практическій врачъ»), *А. А. Редлихъ* («Журналъ акушерства и женскихъ болѣзней»), *Э. И. Свирловскій* («Фармацевтическій Журналъ»), *Д. А. Соколовъ* («Педіатрія»), *М. С. Уваровъ* («Вѣстникъ общественной гигіэны, судебной и практической медицины») и *Я. Б. Эйгеръ* («Медицинскій Современникъ»); и особо приглашенный на засѣданіе главный врачебный инспекторъ *Л. Н Малиновскій*.

Л. Б. Бертенсонъ, открывая засѣданіе, обратился къ присутствовавшимъ съ слѣдующими словами: «Мм. Гг.! Врачебное шарлатанство представляетъ наболѣвшій вопросъ не только для насъ, взявшихъ на себя починъ въ общественной борьбѣ съ нимъ, но и для Правительства, и прежде всего для главнаго врачебнаго Управленія, которое, какъ извѣстно, съ своей стороны, озабочено изысканіемъ способовъ и мѣръ для противудѣйствія злу Это обстоятельство побудило меня пригласить въ сегодняшнее засѣданіе, когда предстоитъ заслушать, между прочимъ, докладъ нашего сочлена *М. С. Уварова* по вопросу о законодательной борьбѣ съ шарлатанствомъ, главнаго врачебнаго инспектора *Л. Н. Малиновскаго*, отъ котораго мы можемъ почерпнуть для дѣла много полезнаго. Главный врачебный инспекторъ любезно откликнулся на мое приглашеніе, и присутствіе его въ нашей средѣ побуждаетъ меня, прежде всего, выразить *Л. Н.* искреннюю благодарность.—Перехожу къ программѣ сегодняшняго засѣданія. Первымъ результатомъ появленія въ печати нашего обращенія было полученіе мною отъ обывателей, съ разныхъ концовъ отечества,

множества писемъ Изъ этихъ писемъ, поступившихъ и продолжающихъ поступать, прежде всего видно, что населеніе особенно тѣ страждущіе, которые испытали на себѣ печальныя послѣдствія отъ шарлатанскихъ объявленій и средствъ, горячо привѣтствуютъ начинанія нашего Совѣщанія. Во многихъ письмахъ доказывается, что необходима узда на тѣхъ хищниковъ, которые изъ-за своихъ личныхъ выгодъ самымъ непозволительнымъ образомъ эксплоатируютъ больныхъ. Многіе корреспонденты горько жалуются на Правительство и, прежде всего, на медицинское начальство за то, что не принимаются мѣры къ ограниченію шарлатанской литературы и къ уничтоженію опасныхъ для здоровья и кармана лѣчащихся шарлатанскихъ лавочекъ, а нѣкоторые, кромѣ того, сѣтуютъ на органы общей и медицинской печати, что они печатаютъ завѣдомо лживыя и безчестныя рекламы и объявленія. Затѣмъ изъ писемъ видно, что не только въ захолустьяхъ и медвѣжьихъ углахъ, но и въ такихъ мѣстахъ, гдѣ имѣются врачи и фельдшера, ощущается крайняя нужда въ просвѣтительныхъ мѣропріятіяхъ по вопросамъ, касающимся здоровья населенія. Многіе недужные ищутъ разумныхъ и полезныхъ совѣтовъ и указаній въ печатномъ словѣ и жалуются на недостатокъ общедоступныхъ просвѣтительныхъ медицинскихъ изданій. Если жаждущіе знанія и помощи обращаются къ такимъ шарлатанскимъ изданіямъ, какъ «Вѣстникъ здоровья», «Травы и ихъ значеніе въ медицинѣ» и т. п., то это происходитъ отъ неосвѣдомленности относительно характера названныхъ журналовъ; а насколько ощутительна потребность въ популярныхъ медицинскихъ печатныхъ органахъ, видно изъ того, что нѣкоторые больные, страдающіе спеціальными болѣзнями, напр., ушными, бугорчаткой, за отсутствіемъ у себя дома врачебной помощи, выписываютъ, какъ это видно изъ писемъ, спеціальные органы, издаваемые не для публики, а для врачей,—такіе, какъ журналы ушныхъ, носовыхъ и горловыхъ болѣзней, д-ровъ *Брамсона* и *Цитовича*, «Туберкулезъ» д-ра *Гайковича* и многіе др. Почти во всѣхъ письмахъ, обращенныхъ ко мнѣ, какъ къ предсѣдателю Совѣщанія, прежде всего заключаются горькія жалобы на обманъ, вредную эксплоатацію и безплодную трату большихъ денегъ, а затѣмъ идутъ просьбы о заочныхъ совѣтахъ и разъясненіяхъ: 1) по вопрасамъ, касающимся той или другой болѣзни (чаще всего половой слабости, сифилиса и бугорчатки) и 2) относительно достоинства и значенія рекламируемыхъ средствъ—въ большинствѣ случаевъ такихъ панацей, какъ «Секаровская жидкость Калиниченко», «Стимулолъ Глеза», «Уродоналъ», «Амрита», «Лецитальъ», «Таблетки Трейзеръ» и многихъ др. средствъ, которыя завлекаютъ лѣчащуюся публику чудовищными лживыми рекламами. Особаго упоминанія требуютъ письма

нѣсколькихъ врачей, изъ которыхъ 2-ое привѣтствуютъ починъ редакторовъ медицинскихъ изданій, 1 предлагаетъ свои услуги въ предпринимаемомъ дѣлѣ и 4-ый спрашиваетъ, когда оно получитъ практическое осуществленіе? О томъ, какъ откликнулись органы общей печати на наше циркулярное обращеніе, будетъ Вамъ доложено д-ромъ *Г. И. Дембо*. Съ своей стороны, мнѣ хотѣлось-бы только остановить Ваше вниманіе на № 22 «Московскихъ Вѣдомостей» за текущій годъ. Если не считать газету «Коммерческій Телеграфъ» (1913 г., №№ 39 и 47), защищающую главнымъ образомъ торговопромышленные интересы, «Московскія Вѣдомости», если не ошибаюсь,—единственная газета, посвятившая существу вопроса о врачебномъ шарлатанствѣ передовую статью. Считаю полезнымъ передать Вамъ въ выдержкахъ ея содержаніе. «Признавая, что помѣщеніе въ органахъ печати рекламъ и статей разчитанныхъ на очищеніе кармановъ довѣрчивой публики, есть зло и что желаніе врачей членовъ нашего Совѣщанія,—чтобы въ борьбѣ съ этимъ зломъ участвовала сама печать—«совершенно основательно», редакція «Московскихъ Вѣдомостей» усматриваетъ однако, для этого серьезное препятствіе въ дѣйствующихъ законахъ о печати и въ отношеніи къ этимъ законамъ Суда, т. е. въ условіяхъ, при которыхъ въ лучшемъ случаѣ, когда редакторъ не будетъ ошельмованъ, какъ клеветникъ, и не будетъ засаженъ въ тюрьму, при судебныхъ мытарствахъ онъ поплатится карманомъ; это обстоятельство усугубляется еще тѣмъ, что въ шарлатанскихъ дѣйствіяхъ участвуютъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ «врачи, продающіе свое высокое призваніе и честь», и что «борьба на Судѣ съ такими вчинителями дѣлъ за клевету еще труднѣе и опаснѣе». «Если честные врачи», говорится далѣе въ передовой статьѣ «Московскихъ Вѣдомостей», «думаютъ привлечь печать къ поддержкѣ ихъ святого дѣла, то они должны озаботиться о томъ, чтобы содѣйствія печати не превращалось въ актъ мученичества. Для сего нужно возбудить ходатайство объ исправленіи нынѣшнихъ законовъ о клеветѣ и оскорбленіи путемъ печати» Затѣмъ въ статьѣ говорится, что было-бы, конечно, оч легко, чтобы отъ существующей медицинской цензуры было дано «предписаніе всѣмъ газетамъ и журналамъ не помѣщать никакихъ врачебныхъ статей и объявленій о врачебныхъ средствахъ безъ ея разрѣшенія». «Предполагаемое-же Общество врачей борьбы съ шарлатанствомъ могло-бы вступить въ постоянныя сношенія съ учрежденіями медицинской цензуры для того, чтобы помогать имъ своимъ освѣдомленіемъ и совѣтами». Наконецъ, «Московскія Вѣдомости» предлагаютъ нашему Совѣщанію, «обратить серьезнѣйшее вниманіе также и на то, чтобы злоупотребленія врачей, продающихъ свое высокое званіе и честь, не оставались безнака-

занными вообще. Въ настоящее время небрежное, подчасъ до преступности, поведеніе врачей легко сходитъ съ рукъ безнаказаннымъ, и въ этомъ случаѣ не малое значеніе имѣетъ товарищеское снисхожденіе всей медицинской корпораціи»... «Медицинская корпорація», становясь на защиту общества противъ шарлатанства, должна «серьезнѣйшее вниманіе обратить на пресѣченіе всякихъ проявленій нравственнаго пониженія членовъ медицинскаго персонала»...—Сейчасъ не время входить въ разборъ приведенной статьи, но можно, я полагаю, уже отмѣтить, что въ ней заключается нѣсколько вѣрныхъ мыслей. Изъ спеціальныхъ изданій вопросомъ о врачебномъ шарлатанствѣ занялись пока лишь 2 органа: «Фармацевтическій Журналъ» и «Домашній Докторъ», издаваемыя членомъ нашего Совѣщанія *Б. А. Оксомъ*. «Фармацевтическій Журналъ», который еще до 1-го созыва нашего Совѣщанія (1911 г., № 17, и 1912 г., №№ 42, 45 и 47) занимался вопросомъ о шарлатанствѣ въ химико-фармацевтической промышленности (поддѣлка фармацевтическихъ препаратовъ: проистекающій отъ шарлатанства вредъ для фармацевтическаго дѣла въ Россіи), посвятилъ нашему обращенію статью подъ заглавіемъ: «Лучше поздно, чѣмъ никогда» (1913 г., № 6). Въ эту статью, въ общемъ намъ сочувственную, вкрались нѣкоторыя неточности и невѣрныя толкованія, объ исправленіи которыхъ я и счелъ долгомъ просить редакцію особымъ письмомъ, напечатаннымъ въ № 8 названнаго журнала. Письмо это слѣдующаго содержанія: М. г., г. редакторъ! Напечатанная въ № 6 «Фармацевтическаго Журнала» статья по вопросу о борьбѣ съ шарлатанствомъ, подъ заглавіемъ: «Лучше поздно, чѣмъ никогда», содержитъ въ себѣ нѣкоторыя неточности и невѣрныя толкованія, а потому я прошу объ ихъ исправленіи въ ближайшемъ № Вашего журнала. Прежде всего не точно указаніе, что мнѣ принадлежитъ иниціатива въ образованіи «Комитета для борьбы съ шарлатанствомъ въ области изготовленія лѣкарственныхъ средствъ». На самомъ дѣлѣ такого «Комитета» еще не существуетъ, а обращеніе, опубликованное въ общей и медицинской печати, которое послужило темой передовой статьи «Фармацевтическаго Журнала», принадлежитъ Совѣщанію редакторовъ 20 Петербургскихъ медицинскихъ изданій. Имъ-же, а не мнѣ, принадлежитъ и «иниціатива» проэкта организаціи борьбы съ шарлатанствомъ въ Россіи; мое же участіе въ въ этомъ Совѣщаніи выразилось лишь въ предсѣдательствованіи въ 2-хъ засѣданіяхъ, которое я принялъ на себя по просьбѣ названныхъ редакторовъ. Затѣмъ Совѣщаніемъ намѣчена борьба не только «съ шарлатанствомъ въ области изготовленія лѣкарственныхъ средствъ», а съ врачебнымъ шарлатанствомъ во всѣхъ его формахъ и проявленіяхъ. Наконецъ, по поводу замѣчанія ре-

дакціи «Фармацевтическаго Журнала», что «организація Комитета представляется нѣсколько односторонней», считаю долгомъ указать, что разъ ни «Комитета», ни «организаціи» еще нѣтъ, то не можетъ быть и рѣчи объ «односторонности». Пока указаннымъ выше Совѣщаніемъ, какъ это видно изъ его обращенія къ публикѣ, намѣченъ лишь рядъ мѣръ для борьбы съ все возрастающей пагубной эксплоатаціей лѣчащагося населенія и, между, прочимъ, проэктировано учрежденіе особаго «Общества для борьбы съ врачебнымъ шарлатанствомъ во всѣхъ его формахъ и проявленіяхъ». Работа по организаціи борьбы вообще и спеціальнаго «Общества» въ частности еще не началась, но уже въ первыхъ засѣданіяхъ по этому вопросу она намѣчена широко; поэтому, чѣмъ больше и шире будетъ въ этой работѣ участіе отдѣльныхъ лицъ и общественныхъ учрежденій, сочувствующихъ упомянутому почину, тѣмъ лучше будетъ для дѣла. И, если редакція «Фармацевтическаго Журнала» пожелаетъ примкнуть къ начинаніямъ редакторовъ—Петербургскихъ медицинскихъ изданій, то это будетъ принято, я полагаю, не иначе какъ съ большимъ сочувствіемъ. Примите» и пр.—Журналъ «Домашній Докторъ» посвятилъ занимающему насъ вопросу особый № (1913 г., № 2), въ которомъ, кромѣ обращенія нашего Совѣщанія и статьи редактора *Б. А. Окса*, подъ заглавіемъ «Мѣры противъ распространенія фальшивыхъ лѣкарствъ», помѣщенъ рядъ статей и замѣтокъ, относящихся къ вопросу о шарлатанствѣ. въ томъ числѣ и упомянутыя выше статьи «Фармацевтическаго Журнала» и газеты «Коммерческій Телеграфъ». Дополненіемъ къ настоящему краткому докладу послужитъ слѣдующій отчетъ секретаря Совѣщанія, д-ра *Г. И. Дембо*. *Г. И. Дембо* прочелъ журналъ Совѣщанія отъ 6-го мая 1912 г. и, по утвержденіи его Собраніемъ, изложилъ вкратцѣ ходъ дѣла за истекшій промежутокъ времени. Въ исполненіи порученій Совѣщанія произошла нѣкоторая задержка, которая прежде всего, объясняется наступленіемъ глухого лѣтняго сезона, что̀ препятствовало опросу редакторовъ медицинскихъ изданій, не бывшихъ на послѣднемъ засѣданіи, относительно подписей подъ обращеніемъ къ обществу. Такой опросъ пришлось сдѣлать уже осенью, при чемъ присоединили свои подписи: нынѣ покойный *В. В. Подвысоцкій* («Русскій Врачъ» и «Архивъ біологическихъ наукъ»), *И. Ф. Рапчевскій* («В Медицинскій Журналъ») и *Н. Ф. Гамалѣя* («Гигіэна и Санитарія»). Послѣ этого приступлено было къ печатанію циркулярнаго обращенія и препроводительнаго письма, составленнаго *Л. Б. Бертенсономъ* *). Изъ полученныхъ изъ адреснаго Бюро адресовъ га-

*) Расходы по напечатанію циркулярнаго обращенія взялъ на себя издатель «Врачебной Газеты» *О. В. Эттингеръ*.

зетъ было использовано свыше 400, при чемъ было приложено стараніе, чтобы въ каждый городъ, гдѣ издаются газеты, попало хоть одно обращеніе. Отправка была произведена въ одинъ день уже въ первыхъ числахъ января. На вопросъ, какъ отозвалась печать на это воззваніе, отвѣтить въ полномъ объемѣ, конечно, трудно. Несомнѣнно, что извѣстный откликъ воззваніе нашло. Что касается медицинской печати, то воззваніе помѣстили всѣ ея органы, при чемъ о желаніи присоединить подписи къ воззванію заявили: *Н. А. Вырубовъ* («Психотерапія», Москва), *В. П. Осиповъ* («Неврологическій Вѣстникъ», Казань), *В. А. Воробьевъ* и *В. Д. Шервинскій* («Туберкулезъ»—органъ Всероссійской Лиги для борьбы съ бугорчаткой, Москва), *А. И Гринфельдъ К. Н. Пурицъ* и *И Ф. Сабанѣевъ* («Терапевтическое Обозрѣніе», Одесса) и *Э. И. Свирловскій* («Фармацевтическій Журналъ», Петербургъ).—«Фельдшерскій Вѣстникъ» (1913. № 8) посвятилъ этому вопросу статью подъ заглавіемъ «Одно изъ добрыхъ намѣреній». Авт. статьи сомнѣвается, чтобы удалось заставить капиталистическое предпріятіе (а такими является большинство періодическихъ изданій) отказаться отъ извѣстной доли прибыли во имя чрезвычайно отвлеченной борьбы съ шарлатанствомъ, и указываетъ на то, что правительственная медицинская власть (врачебный инспекторъ) облечена правомъ не только разрѣшать, но и наблюдать. «Почему-же это право наблюденія», спрашиваетъ авт., «не проявляется въ полной мѣрѣ, какъ этого мы вправѣ ожидать отъ органа, заинтересованнаго въ народномъ здравоохраненіи»? Далѣе авт. отмѣчаетъ, что паціентами «кубеноловыхъ» цѣлителей является прежде всего городское населеніе, и видитъ причину этого въ неправильной постановкѣ медицинской помощи въ городахъ. Наконецъ, авт. предлагаетъ ратовать и противъ тѣхъ язвъ, которыми поражено врачебное сословіе и которыя доставляютъ обильную пищу шарлатанству-же».—«Домашній Докторъ» посвятилъ весь № 2 этому вопросу («Посвящается редакціямъ журналовъ и газетъ»). Въ 1-ой статьѣ,—«Мѣры противъ распространенія фальшивыхъ лѣкарствъ» *Б. А Оксъ* пытается дать схему борьбы; относительно нѣкоторыхъ изъ этихъ мѣропріятій можно, конечно, спорить, но какъ обзоръ, такъ и весь №, несомнѣнно, сослужатъ службу пропагандѣ вопроса.—Врачебная печать пока не удѣлила этому вопросу вниманія (кромѣ помѣщенія воззванія), и это объясняется, по всей вѣроятности, тѣмъ, что, во 1-хъ,—она уже много писала по этому поводу, во 2-хъ,—что она желала выждать дальнѣйшаго движенія вопроса въ области его практическаго осуществленія. Общая печать отнеслась къ этому вопросу съ меньшимъ интересомъ, чѣмъ быть можетъ, этого слѣдовало ожидать. Изъ первыхъ, а, быть можетъ, и первымъ,

напечатали воззваніе полностью «Русское Слово» и «Русскія Вѣдомости». Петербургская печать отнеслась болѣе осторожно: одна газета напечатала обращеніе Совѣщанія въ видѣ интервью («Новое Время»), другая въ видѣ сокращенной статейки («Рѣчь»), многія помѣстили выдержки, а остальныя ничего не напечатали. Въ общемъ получилось впечатлѣніе, какъ будто возбужденный вопросъ не представляетъ интереса. Изъ провинціальныхъ газетъ большинствомъ воззваніе было напечатано. Были въ нѣкоторыхъ газетахъ, на ряду съ воззваніями, и особыя статьи, но въ общемъ ихъ было немного. Заслуживаютъ вниманія 3 статьи въ «Русскомъ Словѣ» подъ заглавіемъ «Милліоны на невѣжествѣ» (одна статья появилась до воззванія), гдѣ разоблачается составъ рекламныхъ врачебныхъ средствъ. Помѣщенное воззваніе вызвало отклики и въ другой области: обезпокоились владѣльцы крупныхъ фармацевтическихъ предпріятій. Между прочимъ, ко мнѣ обратился представитель фирмы «Гофманъ-Ла-Рошъ и К°», высказавшій боязнь, какъ-бы публика не смѣшала шарлатанскія фирмы съ ними. Мною было указано, что такая боязнь ни на чемъ не основана, ибо уважающія себя фирмы не пытаются воздѣйствовать непосредственно на публику въ отношеніи употребленія медицинскихъ средствъ, и въ этомъ смыслѣ публично выраженная ими солидарность съ нашими задачами была-бы полезна для дѣла. Мною было получено письмо, въ которомъ сообщалось, что фирма беретъ на себя иниціативу этого шага; для чего предполагаетъ войти въ общеніе съ другими солидными фирмами по этому вопросу. Получено предложеніе отъ редактора изданія «Paris médical» быть сотрудникомъ Совѣщанія. Въ виду неясности и преждевременности этого предложенія оно до образованія отдѣльнаго Общества оставлено безъ отвѣта. Затѣмъ получены многочисленныя письма отъ отдѣльныхъ лицъ двоякаго рода: въ одной части описываютъ болѣзни и просятъ рекомендаціи средствъ въ виду отсутствія близкой медицинской помощи, въ другой части запрашиваютъ о составѣ и значеніи тѣхъ или другихъ широко-рекламируемыхъ средствъ. Изъ доложеннаго фактическаго матеріала можно, конечно съ извѣстной осторожностью сдѣлать нѣкоторые выводы практическаго характера: 1) Опытъ съ воззваніемъ къ обществу о борьбѣ съ шарлатанскими объявленіями показалъ, что можно только въ небольшой мѣрѣ расчитывать на использованія общей періодической печати въ дѣлѣ борьбы съ подобнаго рода объявленіями, ибо эти послѣднія являются крупной доходной статьей изданій. 2) Съ другой стороны, выяснилось, на что уже указано *Л. Б. Бертенсономъ* что среди читающей публики существуетъ большой контингентъ лицъ, жадно воспринимающихъ все относящееся къ самолѣченію по условіямъ

психологическимъ или фактическимъ (отсутствіе медицинской помощи), ожидающихъ и жаждущихъ разъясненій, а потому, въ цѣляхъ охраненія больного отъ недобросовѣстной эксплоатаціи, на первый планъ должна быть поставлена не борьба съ шарлатанскими объявленіями, а стремленіе, путемъ воздѣйствія на публику, отнять почву для успѣха шарлатанскихъ объявленій. 3) Съ этой цѣлью необходимо, прежде всего, созданіе Общества борьбы съ шарлатанствомъ, въ которое можно было-бы привлечь широкую публику. 4) Необходимо создать собственный органъ печати, который могъ-бы вести пропаганду среди публики, организовавъ, между прочимъ Бюроразъясненій, куда публика могла-бы обращаться за разрѣшеніемъ своихъ недоумѣній въ этой области.

С. В. Владиславлевъ заявилъ, что онъ въ свою очередь, по напечатаніи «Обращенія» получилъ цѣлый рядъ писемъ Большинство изъ нихъ—отъ больныхъ, страдающихъ видимо, неизлѣчимыми или т. наз. секретными болѣзнями, мало интеллигентныхъ совершенно не понявшихъ назначенія «Обращенія» и лѣчащихъ себя сами. Врачи въ своихъ письмахъ указывали на необходимость болѣе активнаго выступленія въ дѣлѣ борьбы съ врачебнымъ шарлатанствомъ такого компетентнаго центральнаго административнаго органа, какъ медицинскій Совѣтъ.

Л. Б. Бертенсонъ предложилъ подвергнуть обсужденію вопросъ о планѣ общей организаціи борьбы съ шарлатанствомъ. Въ 2хъ бывшихъ засѣданіяхъ опредѣленно указывалось на необходимость созданія съ этой цѣлью особаго Общества, которое могло-бы широко развернуть свою дѣятельность, пропагандировать свои задачи въ большой публикѣ, имѣть свой органъ и при его помощи постоянно поддерживать въ населеніи интересъ и вниманіе къ намѣченнымъ цѣлямъ; наконецъ, проэктировать для борьбы съ шарлатанствомъ законодательныя предположенія и содѣйствовать проведенію ихъ въ жизнь. Но организація такого Общества, при существующихъ условіяхъ, требуютъ долгаго времени, а потому, не отказываясь отъ осуществленія при первой-же возможности этого проэкта, приходится спросить себя, не слѣдуетъ-ли для ускоренія дѣла использовать уже существующее учрежденіе—извѣстное, достаточно зарекомендовавшее себя, дающее возможность безотлагательно и свободно работать и имѣющее свой печатный органъ? Такимъ учрежденіемъ является русское Общество охраненія народнаго здравія, въ которомъ впервые уже 2 г. назадъ, зародилась мысль объ организаціи планомѣрной борьбы съ шарлатанствомъ. Мысль эта могла-бы теперь-же найти себѣ осуществленіе, при чемъ настоящее Совѣщаніе могло-бы въ полномъ составѣ примкнуть къ названному Обществу и передать послѣднему имѣющіеся матеріалы.

Н. А. Вельяминовъ, членъ настоящаго Совѣщанія и предсѣдатель Совѣта русскаго Общества охраненія народнаго здравія, отнесся къ возбужденной мысли в. сочувственно, при чемъ заявилъ, что не замѣдлитъ представить соотвѣтственное предложеніе на обсужденіе ближайшаго засѣданія Совѣта Общества.

А. А. Лозинскій напомнилъ, что въ январѣ 1911 г., одновременно съ *Л. Б. Бертенсономъ*, въ общемъ Собраніи русскаго Общества охраненія народнаго здравія, посвященномъ памяти *В. А. Манассеина*, онъ сдѣлалъ докладъ, въ которомъ указалъ рядъ мѣръ борьбы съ шарлатанствомъ и предложилъ для организаціи этой борьбы образовать, подъ флагомъ имени *В. А. Манассеина*, особую Комиссію. Фактически это предложеніе, къ сожалѣнію, тогда не было осуществлено.

Г. И. Дембо отмѣтилъ разницу между положеніемъ дѣла 2 г. назадъ и теперь. Тогда вопросъ еще недостаточно вентилировался; *А. А. Лозинскій* предлагалъ образовать Коммиссію для разсмотрѣнія опредѣленныхъ мѣръ законодательнаго порядка, но, къ сожаленію, за 2 года Комиссія не сорганизовалась. Теперь нѣкоторые, хотя и не большые, шаги сдѣланы, вниманіе общества насторожено, отъ насъ ждутъ далнѣйшей работы, и за то, какъ пойдетъ работа въ комиссіи при обществѣ охраненія народнаго здравія, морально отвѣтственны будемъ мы II Коммиссія, намѣчаемая сейчасъ, должна охватить гораздо большій кругъ вопросовъ, чѣмъ намѣчалось тогда. Всѣ эти обстоятельства заставляютъ говорить не о простой передачѣ дѣла въ Общество охраненія народнаго здравія, а объ активномъ участіи настоящаго Совѣщанія въ новой организаціи и о созданіи такихъ условій, которыя-бы гарантировали жизнеспособность послѣдней Къ такимъ условіямъ должно быть отнесено: организація не временной, а постоянной Коммиссіи при Совѣтѣ Общества и отнюдь не при одномъ изъ его Отдѣленій, ибо при послѣднемъ условіи для Коммиссіи создалась-бы лишняя промежуточная инстанція; Совѣтъ, образуя Коммиссію, долженъ включить въ ея составъ всѣхъ членовъ настоящаго Совѣщанія, съ предсѣдателемъ *Л. Б. Бертенсономъ* во главѣ, и предоставить затѣмъ Коммиссіи право далнѣйшей кооптаціи новыхъ членовъ, какъ изъ среды общества охраненія народнаго здравія, такъ и изъ другихъ лицъ, которыя могутъ быть полезными для дѣла.

Л. Б. Бертенсонъ, съ своей стороны, указалъ, во 1-хъ, на то, что на передачу дѣла, задуманнаго и начатаго настоящимъ Совѣщаніемъ, въ русское Общество охраненія народнаго здравія нужно смотрѣть, какъ на лучшій способъ ускоренія работы и проведенія въ жизнь насущныхъ мѣропріятій; во 2-хъ, что самая передача должна совершиться при условіяхъ, исключающихъ возможность съуженія задачъ и цѣлей, намѣченныхъ Совѣщаніемъ.

М. С. Уваровъ и *С. В. Владиславлевъ* указали, что вопросъ этотъ разсматривался и въ небольшой подготовительной Коммиссіи, состоящей при Совѣщаніи, и она, отнесясь сочувственно къ идеѣ образованія Коммиссіи по борьбѣ съ шарлатанствомъ при Обществѣ охраненія народнаго здравія, высказалась за выработку извѣстныхъ условій, которыми обезпечивалась-бы продотворность работъ организуемой Коммиссіи.

Совѣщаніе *постановило*: Чрезъ *Н. А. Вельяминова* обратиться въ Совѣтъ Общества охраненія народнаго здравія съ предложеніемъ организовать при Совѣтѣ *Коммиссію по борьбѣ съ врачебнымъ шарлатанствомъ*. Выработку проэкта условій, которыми болѣе или менѣе обезпечивалась-бы плодотворность работъ такой Коммиссіи, возложить на особое Совѣщаніе изъ 3-хъ лицъ: *Г. И. Дембо*, *А. А. Лозинскаго* и *Д. П. Никольскаго*. Просить предсѣдателя Совѣта Общества охраненія народнаго здравія созвать соединенное засѣданіе изъ членовъ Совѣта и членовъ настоящаго Совѣщанія для подробнаго обсужденія проэкта организаціи Коммиссіи.

М. С. Уваровъ прочелъ докладъ *О законодательныхъ способахъ борьбы съ шарлатанствомъ*.

Л. Б. Бертенсонъ, указавъ, что в. содержательный докладъ *М. С Уварова* охватываетъ цѣлый рядъ такихъ предположеній и мѣропріятій, изъ которыхъ каждое требуетъ подробнаго обсужденія, и что потому нельзя и думать объ обстоятельномъ разсмотрѣніи его въ одномъ засѣданіи, предложилъ не вступать по нему въ пренія въ настоящее время, а передать докладъ въ ту организацію по борьбѣ съ шарлатанствомъ, которая будетъ создана при русскомъ Обществѣ охраненія народнаго здравія Нынѣ-же, въ виду присутствія въ Совѣщаніи главнаго врачебнаго инспектора, представляется, по мнѣнію *Л. Б. Бертенсона*, желательнымъ выяснить, не существуетъ ли возможность уже при дѣйствующихъ законоположеніяхъ положить хотя нѣкоторый предѣлъ разыгравшейся съ шарлатанскими средствами вакханаліи и удовлетворить въ этомъ отношеніи справедливо сѣтующую на Правительство публику? Кромѣ того, *Л. Б Бертенсонъ* просилъ *Л. Н Малиновскаго* не отказать отвѣтить на вопросъ: основательны-ли раздающіяся со всѣхъ сторонъ жалобы на безучастное отношеніе всѣхъ врачебныхъ Отдѣленій (на которыя возложена цензура объявленій) къ наболѣвшему вопросу о беззастѣнчивой и в. вредной эксплоатаціи лѣчащагося населенія шарлатанами, почему не примѣняются выработанныя медицинскимъ Совѣтомъ для цензуры объявленій правила?

Л. Н. Малиновскій указалъ, что нынѣ дѣйствующій законъ даетъ широкій просторъ къ развитію дѣятельности шарлатановъ-

лѣчителей и что борьба съ ними на этой почвѣ не только трудна, но и безплодна. Когда они привлекаются къ отвѣтственности, то налагаются ничтожные штрафы, которые и для объявителей, тратящихъ огромныя средства на рекламы, и для газетъ, получающихъ огромныя средства отъ этихъ рекламъ, конечно, не могутъ быть сдерживающимъ началомъ. Болѣе широкая возможность воздѣйствія дается проэктомъ новаго фармацевтическаго устава, который давно уже лежитъ въ Гос. Думѣ и, когда подвергнется разсмотрѣнію,—неизвѣстно. Что-же касается возможности на основаніи нынѣ дѣйствующихъ постановленій привлекать къ отвѣтственности лицъ, заинтересованныхъ въ помѣщеніи шарлатанскихъ объявленій (предложеніе *М. С. Уварова*), то необходимо узнать отъ юристовъ—насколько это выполнимо?

Изъ дальнѣйшаго обмѣна мнѣній выяснилось, что и въ предѣлахъ нынѣ дѣйствующаго закона нѣкоторыя мѣропріятія въ порядкѣ врачебнаго надзора въ борьбѣ съ беззастѣнчивыми рекламами могли-бы быть осуществляемы. На упрекъ главнаго врачебнаго инспектора, что беззастѣнчивыя рекламы помѣщаются и въ медицинскихъ научныхъ органахъ, было указано, что предосудительныя рекламы въ медицинскихъ органахъ, если и встрѣчаются, то какъ рѣдкое исключеніе; попадаются, правда, объявленія о тѣхъ-же панацеяхъ, которыя беззастѣнчиво рекламируются въ общей печати, но самыя объявленія имѣютъ иной характеръ. Къ тому-же редакторы, по мѣрѣ возможности, борятся и съ такимъ зломъ. Наконецъ, крупная разница между рекламами въ общей печати, расчитанными на невѣжество публики, и объявленіями въ медицинской прессѣ, предназначенными для врачей.

Заслушавъ докладъ д-ра *М. С. Уварова*, Совѣщаніе *постановило*: Обратиться къ главному врачебному инспектору съ просьбой объ изысканіи въ предѣлахъ нынѣ дѣйствующихъ законоположеній болѣе или менѣе вѣрныхъ мѣръ къ огражденію лѣчащейся публики отъ вредной эксплоатаціи ея путемъ лживыхъ рекламъ и къ пресѣченію противузаконной дѣятельности самозванныхъ лѣчителей и шарлатановъ.

Въ заключеніе Совѣщаніе выразило благодарность своему предсѣдателю и просило его и въ проэктируемой новой Коммиссіи сохранить за собой руководство работами.

— 4 ноября составилась постоянная психіатрическая комиссія при обществѣ балтійскихъ врачей. Комиссія поставила себѣ задачею охранять врачей-психіатровъ отъ всякаго рода неосновательныхъ упрековъ, принимающихъ форму клеветы или диффамаціи. Комиссія путемъ публичныхъ чтеній и изданія брошюръ будетъ содѣйствовать установленію въ обществѣ болѣе правиль-

ныхъ взглядовъ на психіатрію. Въ качествѣ юрисконсульта приглашенъ присяжный повѣренный Моръицъ. (Журналъ Невропатологіи и Психіатріи имени С. С. Корсакова, 1913 г. Книга. 1).

— Въ засѣданіи общества донскихъ врачей 20 апрѣля старшій врачъ новочеркасской психіатрической больницы. А Ф Акопенко сдѣлалъ докладъ о печальномъ случаѣ нанесенія въ больницѣ 14 апрѣля тяжелаго увѣчія испытуемымъ Антонюкомъ сестрѣ милосердія Беззубцевой. Около 9 ч. утра Антонюкъ ворвался въ комнату сестры Беззубцевой и началъ ее душить. Затѣмъ схватилъ небольшой молоточекъ и сталъ наносить удары по лицу. Носъ былъ совершенно раздробленъ и лицо обратилось въ кровавую массу. Затѣмъ схватилъ эмалированный тазъ. Этимъ предметомъ онъ вновь принялся избивать поднимавшуюся съ пола Беззубцеву, нанеся ей до 20 ранъ и расколовъ черепную кость.

Первой причиной печальнаго происшествія, по мнѣнію Акопянко, служитъ неудовлетворительное состояніе и неприспособленность зданія для психіатрической больницы. Второй причиной является недостатокъ въ больницѣ врачебнаго персонала и тяжелыя условія службы служителей. Для послѣднихъ опредѣлено жалованье въ 12 руб. въ мѣсяцъ при своемъ столѣ. Благодаря этому служителя объѣдаютъ больныхъ, относятся къ нимъ грубо и даже бьютъ. Условія службы сестеръ милосердія въ психіатрической больницы заслуживаютъ также серьезнаго вниманія. Имъ поставлено въ непремѣнное условіе имѣть квартиры при больницѣ. Въ виду неприспособленности и неудовлетворительнаго состоянія зданія больницы, квартиры при больницы для сестеръ являются крестомъ Сестры получаютъ жалованье 37 руб. въ мѣсяцъ и за пользованіе казенной квартирой при больницѣ съ нихъ высчитываютъ ежемѣсячно по 10 рублей.

Въ концѣ доклада Акопенко сообщилъ, что при существующихъ условіяхъ содержанія больницы въ ней могутъ быть еще большія несчастья, чѣмъ это было 14 апрѣля. (Современная Психіатрія. 1913 годъ. Май № 5.)

— 10-го декабря особое городское по дѣламъ объ обществахъ и союзахъ присутствіе зарегистровало уставъ *Общества психіатріи и неврологіи.* Новое Общество, по всей вѣроятности, начнетъ функціонировать въ январѣ.

— V-ый международный съѣздъ по психіатріи въ Москвѣ вновь перенесенъ на 1—5 сент. 1913 г. Это передвиженіе стоитъ въ связи съ тѣмъ, что предварительныя засѣданія по подготовкѣ съѣзда, привлекаютъ небольшое количество врачей-психіатровъ, что не только не обѣщаетъ успѣха съѣзду, но даже вызываетъ сомнѣніе въ его осуществимости въ Москвѣ.

— 2-го с. мая исполнилось тридцатипятилѣтіе научной дѣятельности *Академика В. М. Бехтерева.* «2 го мая въ помѣщеніи клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней, въ 1 ч дня, профессора, приватъ-доценты, врачи, студенты Военно Медицинской Академіи и слушательницы женскаго медицинскаго института чествовали заслуженнаго профессора академика *Бехтерева*, по случаю исполнившагося 35-лѣтія его научной и преподавательской дѣятельности. Ученики *В. М. Бехтерева* въ поднесенномъ ему привѣтственномъ адресѣ отмѣтили глубокую любовь къ знанію, несокрушимую энергію и выдающееся значеніе *В. М.* въ развитіи невропатологіи и психіатріи въ нашемъ отечествѣ. Пр.-доц. *Останковъ* поднесъ адресъ отъ клиники нервныхъ и душевныхъ болѣзней, проф. *Гегель*—отъ созданія *В. М.* психо-неврологическаго института, прив.-доц. *Розенбахъ* привѣтствовалъ отъ имени общества психіатровъ, профессоръ *Серебренниковъ* отъ общества нормальной и патологической психологіи. Отъ имени учащихся женскаго медицинскаго института произнесла рѣчь одна изъ слушательницъ, отмѣтившая всегдашнее теплое отношеніе *В М.* къ учащимся, пр.-доц. *Лазурскій* отъ имени врачей института. Далѣе были привѣтствіе отъ больныхъ клиники, отъ многихъ ученыхъ обществъ и отъ отдѣльныхъ лицъ получено много телеграммъ. («Новое Время» № 13340). 5-го мая ученики, друзья и почитатели чествовали профессора *В. М. Бехтерева* обѣдомъ. «Присутствовали членъ Г. Совѣта проф. *М. М. Ковалевскій*, проф. проф. *Е В. Павловъ*, проф. *Шкаринъ*, проф. *Григорьевъ*, бывшій ректоръ одесскаго университета *Занчевскій*, проф. *Пуссепъ*, главный врачъ Новознаменской больницы *Реформатскій* проф. *Останковъ*, д-ръ *Бари*, профессора психо-неврологическаго института, общественные дѣятели и другія лица. Привѣтствовали юбиляра рѣчами: проф. *М М. Ковалевскій*, проф. *Павловъ* и *Сперанскій*» Затѣмъ проф. *Останковъ* прочелъ телеграммы, число которыхъ достигло нѣсколькихъ десятковъ. *В. М. Бехтерева* поздравили: болгарскій посланникъ *Бобчевъ*, академикъ *Кони*, настоящій и бывшій начальники Медицинской Академіи *Макавѣевъ* и *Вельяминовъ*, *Т. П Павловъ*, проф *Ліанинъ* директоръ женскаго медицинскаго института *Верховскій*, проф. *Долгановъ*, проф. *Сиротининъ*, директоръ Маріинской больницы *Трояновъ*, академикъ *Коршъ* почти всѣ профессора Военно-Медицинской Академіи, профессора и преподавательскій персоналъ психо-неврологическаго института. Присланы привѣтствія отъ психіатрическихъ больницъ: св. Николая Чудотворца, св. Пантелеймона, ряда научныхъ и ученыхъ обществъ, слушательницъ медицинскаго института, отъ профессоровъ психіатріи разныхъ универ-

ситетовъ и много другихъ» (Обозрѣніе Психіатріи, Неврологіи Февраль № 2 1913 г.)

— Синодъ, признавъ цѣлесообразными мѣры борьбы съ пьянствомъ, указанныя состоявшимися въ 1912 г. въ Москвѣ Всероссійскимъ съѣздомъ практическихъ дѣятелей по борьбѣ съ алкоголизмомъ, опредѣлилъ обратить вниманіе пастырей церкви православной на выработанныя съѣздомъ резолюціи и предложить имъ принять зависящія мѣры къ практическому осуществленію тѣхъ изъ намѣченныхъ мѣропріятій въ дѣлѣ борьбы съ страшнымъ зломъ, которыя будутъ признаны соотвѣтствующими мѣстнымъ условіямъ. (Врачебная Газета № 9.)

— Министерствомъ внутреннихъ дѣлъ утверждено положеніе о русскомъ комитетѣ по изученію алкогольнаго вопроса. Комитетъ имѣетъ цѣлью всесторонне изслѣдовать причины распространенія спиртныхъ напитковъ въ населеніи и выяснить практическіе способы борьбы съ народнымъ пьянствомъ.
(Врачебная Газета № 10).

— Московское Общество борьбы съ алкоголизмомъ въ 1910 г. назначило 2000 р. преміи за лучшій проектъ закона противъ алкоголизма. Ни одинъ изъ поступившихъ 16 законопроектовъ не оказался соотвѣтствующимъ условіямъ конкурса, и годичное засѣданіе Общества въ мартѣ 1912 г. поручило совѣту обсудить условія новаго конкурса и принять мѣры къ собранію болѣе крупной суммы для назначенія въ премію на новомъ конкурсѣ. Въ теченіе 1912 года удалось привлечь въ кассу Общества для означенной цѣли болѣе 1500 р., такъ что въ настоящее время для объявленія конкурса имѣется болѣе 4000 руб. (Врачебная Газета № 10.)

— Въ связи съ дѣломъ объ убійствѣ д-ра Грекера въ больницѣ Николая Чудотворца на очередь снова выдвинутъ давно наболѣвшій вопросъ о содержаніи въ больницѣ для душевныхъ больныхъ подслѣдственныхъ испытуемыхъ, а также помѣщенныхъ по распоряженію суда. Требованіе отъ врачей гарантіи того, что испытуемый или признанный невмѣняемымъ не представлятъ опасности для окружающихъ ставитъ врачей въ невозможное положеніе, такъ какъ, очевидно, ни одинъ врачъ такой гарантіи дать не можетъ. Въ настоящее время въ Петербургѣ въ городскихъ больницахъ для душевно-больныхъ содержится свыше 70 лицъ такъ назыв. «статейныхъ», числящихся за судебнымъ вѣдомствомъ Всѣ эти «статейные» представляютъ большую обузу для городскихъ больницъ, совершенно неприспособленныхъ для содержанія, какъ этого требуетъ законъ, въ тюремномъ режимѣ выздо-

равливающихъ и здоровыхъ «статейныхъ» и испытуемыхъ. Поэтому городская больничная комиссія уже возбудила ходатайство о переводѣ всѣхъ этихъ «статейныхъ» въ губернскія окружныя лечебницы, гдѣ, быть можетъ, для нихъ будутъ созданы болѣе подходящія условія содержанія, но, конечно, это не явится рѣшеніемъ вопроса. Министерство внутр. дѣлъ, кстати, выразило на это свое принципіальное согласіе. Однако нужно признать, что рѣшеніемъ вопроса могло бы быть только содержаніе указанной категоріи лицъ въ особыхъ колоніяхъ. (Врачебная Газета № 12).

— Въ Москвѣ разрабатывается проектъ о сооруженіи новой психіатрической больницы на 1500 человѣкъ. (Врачебная Газета № 12).

— Военно-Медицинская Академія постепенно обособляется. Согласно приказу главнаго военно-санитарнаго инспектора, проф. В. М. Бехтереву запрещено читать лекціи въ клиникѣ Академіи слушательницамъ Женскаго Медицинскаго Института. Когда закрылась Академія, профессоръ Бехтеревъ, который читалъ лекціи слушательницамъ Женскаго Медицинскаго Института еще со времени военнаго министра Ванновскаго, давшаго, на это соотвѣтствующее разрѣшеніе, перенесъ чтеніе лекцій въ Женскій Медицинскій Институтъ, а демонстрированіе клиническаго матеріала производилъ въ больницѣ Николая Чудотворца. Профессоръ Бехтеревъ считалъ неудобнымъ читать лекціи слушательницамъ Женскаго Медицинскаго Института въ закрытой Академіи. По назначеніи нынѣшняго начальника Академіи Маккавѣева разрѣшеніе читать лекціи слушательницамъ Женскаго Медицинскаго Института также было предоставлено и не встрѣтило никакихъ стѣсненій. (Рус. Вѣд., № 83). Въ виду этого совѣтъ профессоровъ Женскаго Медицинскаго Института обсуждалъ вопросъ объ устройствѣ спеціальной психіатрической клиники для практическихъ занятій слушательницъ. Въ засѣданіи совѣта профессоровъ было сообщено, что администрація больницы Николая Чудотворца и больницы для умалишенныхъ на Удѣльной согласны придти на помощь Медицинскому Институту. Одной изъ этихъ больницъ Институтъ и намѣренъ воспользоватся для практическихъ занятій своихъ слушательницъ. (Врачебная Газета № 16.)

— Особая коммиссія изъ гласныхъ Петербургской Думы осматривала недавно отдѣленіе больницы Св. Николая Чудотворца, помѣщающееся въ Екатерингофѣ, и нашла его въ ужасномъ состояніи. Особенно ужасно помѣщеніе для бугорчаточныхъ душевно-больныхъ. Въ небольшомъ, мрачнаго вида, флигелѣ размѣ-

шена такая масса больныхъ, что они задыхаются. Помѣщеніе это скорѣе похоже на ночлежку низшаго разряда. Въ довершеніе всего выходы изъ двухъ этажныхъ больничныхъ зданій расположены такимъ образомъ, что въ случаѣ пожара невозможно своевременно вывести всѣхъ больныхъ Нѣкоторыя деревянныя лѣстницы настолько ветхи, что администрація, боясь катастрофы, не разрѣшаетъ ходить по нимъ одновременно даже двоимъ. По заключенію брандъ-майора, участвовавшаго въ осмотрѣ, въ случаѣ пожара всѣ больничныя помѣщенія сгорятъ не болѣе, какъ въ 20 минутъ, а такъ какъ въ больницѣ помѣщаются главнымъ образомъ такъ назыв разслабленные психическіе больные, которые безъ посторонней помощи не могутъ быть выведены изъ помѣщенія, то, въ случаѣ пожара, они неизбѣжно должны сгорѣть (Врачебная Газета № 22).

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Протоколъ IX-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ 12 декабря 1912 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Л. О. Даркшевичъ, при секретаряхъ Ворошиловѣ и Баклушинскомъ. Присутствовали: Проф. Осиповъ, проф. Мирославскій, проф. Самойловъ, проф. Неболюбовъ, Идельсонъ. Первушинъ, Фаворскій, Протопоповъ, Бирилевъ, Эмдинъ, Ципкинъ, Леманъ, Сороковиковъ. Павленко, Чадусовъ. Губкинъ, Соколовъ, Фридландъ, Шоломовичъ, Архангельская, Симилейская, Болдыревъ, Сколозубовъ, Долговъ и др. Посторонняя публика, студенты.

На очереди пренія по докладу посѣтителя Общества А. В. Бирилева **„Опредѣленіе разстоянія на слухъ"**. По предложенію предсѣдателя секретаремъ Общества Ворошиловымъ прочтены тезисы къ данному сообщенію.

1) „О разстояніи отъ насъ источника звука мы судимъ по силѣ колебаній, чему при извѣстнаго рода звукахъ научаетъ насъ привычка" (Ландуа „Учебникъ физіологіи человѣка"). Формула эта непріемлема, хотя и соотвѣтствуетъ установившимся въ физіологіи и физикѣ взглядамъ по этому предмету.

2) Непосредственное воспріятіе силы звука не содержитъ данныхъ для сужденія о разстояніи.

3) Не содержитъ данныхъ для такого сужденія отношеніе слышимой наблюдателемъ силы звука къ его же силѣ по воспоминанію и на другомъ разстояніи, не говоря о томъ, что дальность звука опредѣлима уже и по однократному наблюденію.

4) Если мы заключаемъ о разстояніи по силѣ, то возможно было бы имитировать измѣненіе разстоянія до звучащаго предмета измѣненіемъ силы звука, чего однако не бываетъ при условіи наблюденія отчетливо сильныхъ звуковъ.

5) Сложные и перемѣнные по силѣ звуки не хуже локализируются въ пространствѣ, чѣмъ простые и неизмѣненные.

6) Бываетъ, что изъ двухъ звуковъ, отраженнаго и непосредственнаго, первый, хотя и болѣеслабый, локализируется ближе, а второй—сильнѣйшій, дальше.

ПРЕНІЯ:

И. А. Соколовъ. Затрагиваемая докладчикомъ область является пограничной между физіологіей органовъ чувствъ и

физикой. Я собралъ литературу по этому вопросу. Обстоятельства вынудили знакомиться и съ болѣе ранней литературой; прямо къ темѣ матеріала мало.

Относительно перваго положенія докладчика, что нельзя судить о разстояніи по силѣ звука, нужно сказать, что въ физикѣ твердо опредѣленныхъ взглядовъ на этотъ предметъ нѣтъ. Законъ обратной пропорціональности силы квадрату разстоянія не вѣренъ. Фирордъ нашелъ, что сила пропорціональна не квадрату, а просто разстоянію; у Гезехуса, наоборотъ, находимъ подтвержденіе закона. Вѣрно, то, что изъ простой зависимости, по одной только силѣ опредѣлить разстояніе нельзя. Другой вопросъ, какъ опредѣлить разстояніе до звучащаго предмета по слуху. Важно точное опредѣленіе направленія звучащаго тѣла, измѣненія тембра звука. Напримѣръ, тембръ пароходнаго свистка на близкомъ разстояніи и издали различенъ. Рѣзкіе звуки слабо подчиняются закону квадрата разстояній, мягкіе звуки подчиняются этому закону. Изслѣдователь звука лордъ Рилей изучилъ, какъ локализируются звуки. Онъ нашелъ, что опредѣленіе направленія къ звучащему тѣлу изъ разности силы звука въ правомъ и лѣвомъ ухѣ не годится для звуковъ низкихъ: сила одинакова для праваго и лѣваго уха. Въ 1900-хъ годахъ онъ же пришелъ къ заключенію, о вліяніи фазы колебанія (а не интенсивности). Воспринимающій чувствующій аппаратъ слухового органа воспринимаетъ разницу въ фазѣ колебанія. Если измѣненія въ разстояніи не происходитъ,—не происходитъ разницы въ фазѣ колебанія.

Изслѣдованія Маэра и Вильсена представляютъ поворотъ къ интенсивной теоріи: эти авторы приходятъ къ выводу, то, что мы ощущаемъ какъ разницу направленій, есть разница впечатлѣній въ правомъ и лѣвомъ внутреннемъ ухѣ. Моръ отмѣчаетъ важность волосяного покрова головы: если бы волосяного покрова не было, мы были бы лишены способности оріентироваться въ звукахъ, доходящихъ сзади.

Относительно 5-го положенія докладчика, долженъ замѣтить, что, чѣмъ звукъ сложнѣе, тѣмъ онъ лучше локализируется въ пространствѣ (камертонъ, человѣческій голосъ); это считается твердо установленнымъ. Къ такому выводу приводятъ и наблюденія надъ больнымъ—глухимъ.

Отмѣчу также, что внѣшнее ухо при воспріятіи звука имѣетъ большую роль.

Проф. Мислављевскій. Ландуа желалъ сказать не то, что имѣлъ въ виду докладчикъ. Между прочимъ, онъ говоритъ объ опредѣленіи направленія звука при различныхъ по-

ложеніяхъ звучащаго тѣла. Цитата не докончена. Я понимаю выраженіе Ландуа слѣдующимъ образомъ. Если мы привыкли къ опредѣленному источнику звука, то мѣняя разстояніе, мы можемъ судить о разстояніи. Даже и это не вполнѣ точно. Дальше стоитъ: и въ этомъ случаѣ мы дѣлаемъ большія ошибки. Мы имѣемъ цѣлый рядъ добавочныхъ способовъ опредѣленія разстоянія. При такомъ пониманіи цитата соотвѣтствуетъ тому, что мы наблюдаемъ. Мнѣ интересны наблюденія, которыя приходилось дѣлать докладчику надъ самимъ собой, какъ человѣку, не пользующемуся свѣтомъ

Докладчикъ. И. А. Соколовъ указалъ на ошибку закона: паденіе звука по силѣ пропорціонально квадрату разстоянія. Тогда еще больше основаній для высказываемыхъ мною сомнѣній. Другой вопросъ—о направленіи звучащаго предмета, я здѣсь совершенно неподготовленъ; этотъ вопросъ не представляетъ той связности, которую намѣчаетъ И. А. Соколовъ. Я бы считалъ, что И. А. Соколовъ своими замѣчаніями подкрѣпилъ мои сомнѣнія.

На замѣчанія Н. А. Мислaвскаго я долженъ сказать слѣдующее. У Ландуа въ дальнѣйшемъ не приводится никакого другого основанія для сужденія о разстояніи. Что возможны неточности, ошибки, это само собою понятно. Привычка, на мой взглядъ, не можетъ ничего прибавить къ содержанію ощущеній. Слыша ежедневно массу звуковъ въ первый разъ, я хорошо разбираюсь въ нихъ. Нахожу, что сила имѣетъ наименьшее значеніе для опредѣленія разстоянія. Опредѣленіе разстоянія по слуху сравнительно точно, а между тѣмъ разница въ силѣ звука опредѣлима, только когда сила одного звука относится къ силѣ другого, какъ 72: 100.

Проф. Самойловъ Особенной теоріи Ландуа по этому вопросу нѣтъ. Мнѣ кажется, въ этомъ учебникѣ сказано довольно правильно. На мой взглядъ, выраженіе „привычка“ неудачно, было бы болѣе удачнымъ. сказать „знакомство“.

Звукъ—явленіе очень сложное и восприиимается цѣликомъ; въ это понятіе входитъ очень много элементовъ. Нельзя мѣнять одно качество звука, такъ, чтобы это не отразилось такъ или иначе на другихъ его качествахъ, силу ощущенія нельзя увеличивать безъ конца, а усиленіе звука безгранично. При оцѣнкѣ разстоянія играетъ роль не только сила, а цѣлый рядъ привходящихъ элементовъ: начало звука, конецъ звука, шумы, сопутствующіе звуки. Звукъ ослабѣваетъ и наростаетъ различнымъ образомъ. По различному замиранію звука можно опредѣлить изъ какой комнаты слышно звукъ скрипки. флейта,

сопрано—самые сильные въ оркестрѣ, а между тѣмъ, когда удаляется оркестръ, барабанъ слышно дольше всего. По моему, имитировать удаленіе оркестра можно. Незнакомые звуки локализируются очень неправильно. Напримѣръ, впервые услышанный мною въ кампаніи звукъ сирены на разстояніи 3-хъ верстъ, былъ локализированъ нами гораздо ближе, принявъ эти звуки за мычаніи коровы.

У Ландуа только слишкомъ кратко высказано положеніе.

Докладчикъ. Ошибка можетъ быть, но тутъ наблюденіе исключительное въ приведенномъ только что примѣрѣ: 3 версты—слишкомъ большое разстояніе. Только тогда, когда можно быть увѣреннымъ, что звукъ доносится не въ формѣ отраженія, можно было бы его довольно правильно локализировать. Для слѣпого не столько важны доходящіе непосредственно отъ звучащаго предмета звуки, сколько отраженные явуки

Новые звуки локализируются совершенно точно. Напримѣръ, я могу руководствоваться слухомъ, идя по улицѣ совершенно незнакомаго мнѣ города. Сложность явленій звука не выясняетъ, а только запутываетъ

Проф. Даркшевичъ. По какимъ субъективнымъ ощущеніямъ Вы можете судить о разстояніи.

Докладчикъ. Я не могу опредѣленно отвѣтить на этотъ вопросъ. Я слышу звукъ, какъ дальній, это субъективное ощущеніе, а въ чемъ заключается причина такого сужденія, сказать не могу.

Проф. Осиповъ. Въ подтвержденіе того положенія, что новые звуки локализируются совершенно точно, докладчикъ приводитъ примѣръ, что онъ легко оріентируется въ звукахъ совершенно незнакомаго для него города. На мой взглядъ, это старые звуки, въ новой обстановкѣ. Поэтому мнѣ кажется, что непоколеблены положенія, высказанныя физіологами. Могутъ быть такія условія, при которыхъ докладчикъ разстоянія не опредѣлитъ. Простые звуки. напр., звукъ камертона, трудно локализировать.

Докладчикъ. Вѣрно. Но если взять камертонъ достаточной силы, ошибки не будетъ.

Проф. Мисловскій, Что Вы называете простымъ звукомъ?

Докладчикъ. Звукъ, который во время наблюденія мало измѣняется въ своемъ качествѣ, и, по возможности, не имѣетъ обертоновъ.

Проф. Даркшевичъ. Очень признателенъ Вамъ за то, что Взяли на себя трудъ освѣтить область, которую мы невропатологи знаемъ меньше всего. Здѣсь открывается для насъ крайне много. При помощи Васъ, обладающаго великолѣпнымъ слухомъ, можно было бы разрѣшить интересующій насъ вопросъ, Если будете имѣть что-нибудь, очень прошу Васъ дѣлиться съ Обществомъ.

Благодаритъ докладчика

2) Дѣйствительный членъ А. С. Шоломовичъ: **„Наблюденіе изъ судебно-психіатрической практики“,**

ПРЕНІЯ.

1) Д-ръ А. Д. Сколозубовъ. Давыдову, въ 1-ый разъ явившемуся на пріемъ, д-ромъ Шоломовичемъ было выдано свидѣтельство съ указаніемъ, что у него имѣются судорожные припадки, которыхъ онъ, докторъ, не видалъ—такая выдача свидѣтельства поспѣшна.

2) Давыдовъ не былъ удовлетворенъ, что результаты испытанія въ Лечебницѣ были не въ его пользу. Онъ ищетъ новыхъ свидѣтелей и изыскиваетъ всякіе способы выйти изъ затруднительнаго положенія. Время затягивается и нѣтъ ничего удивительнаго, что Давыдовъ бывшій на свободѣ, могъ найти себѣ совѣтчиковъ, какъ вести себя и если-бы дѣло затянулось еще на годъ, то Давыдовъ еще лучше могъ познакомиться съ симптомами эпилепсіи. Лечебницѣ извѣстно много случаевъ, когда поступали на испатаніе уже обученные кѣмъ-то, какъ нужно держаться, чтобы ввести насъ въ заблужденіе, и поэтому намъ приходится быть очень осторожными, давая заключеніе о состояніи душевной дѣятельности у испытуемаго.

Докладчикъ. Спустя 4 мѣсяца послѣ суда Давыдовъ привелъ ко мнѣ лѣчить свою дочь и заявилъ, что съ ними за это время былъ еще одинъ припадокъ. Относительно противорѣчивыхъ показаній матери и сына—могу сказать, что мать видѣла припадки, самъ же больной не зналъ о нихъ.

Д-ръ Д. И. Губкинъ. Суть дѣла въ той экспертизѣ въ распорядительномъ засѣданіи суда, которую разсматриваетъ докладчикъ. Распорядительное собраніе состоитъ изъ судей и врачебнаго инспектора, при участіи спеціалистовъ-психіатровъ. Въ распоряженіи суда имѣется весь свидѣтельскій матеріалъ, собранный судебнымъ слѣдователемъ. Въ постановленіи суда было изложено мнѣніе экспертовъ и ихъ мотивировка. Чисто врачебное мнѣніе было, что для признанія наличности заболѣванія нѣтъ достаточныхъ данныхъ. Потомъ, нужно имѣть

то въ виду, что при обыкновенномъ изслѣдованіи б-го мы сами наводимъ б-го на путь, направляемъ его: здѣсь цѣнны всякія указанія. Судебному эксперту приходится оперировать съ другимъ матеріаломъ: здѣсь испытуемый заинтересованъ въ томъ, чтобы поставить эксперта въ такое положеніе, чтобы тотъ призналъ его больнымъ. Вотъ почему, несмотря на благопріятный отзывъ Окр. Лечеб., которая высказалась за наличность патологическаго момента, распор. собраніе суда не нашло возможнымъ признать его больнымъ. Вѣроятно были какія то указанія, которыя заставляли сомнѣваться въ правдивости показаній испытуемаго. Относительно припадочныхъ состояній—надо замѣтить, что въ перечнѣ вопросовъ, изданномъ М-вомъ юстиціи для суд слѣдователей, падучая подчеркивается особенно. Обыкновенно вопросы о припадкахъ слѣдователемъ предлагаются роднымъ, но въ данномъ случаѣ указанія на нее были очень неопредѣленны. Словомъ вѣроятно много было данныхъ, которыя наводили насъ на сомнѣніе въ наличности заболѣванія и привели къ отрицательному заключенію. Очень важно было бы, если-бы въ судѣ былъ и представитель того мнѣнія, которое высказано экспертизой, которая руководилась своими данными.

Ни свидѣтели, ни эксперты не указывали, далѣе—въ какомъ состояніи былъ испытуемый послѣ совершенія преступленія. Дѣйствительно-ли онъ спалъ 12 ч., какъ у васъ говорится, объ этомъ—ничего не говорилось въ судебномъ слѣдствіи. Вы говорите о безмотивности поступка, но поступокъ былъ мотивенъ, п. ч. мать обидчика спрятала его отъ испытуемаго.

Докладчикъ. Та картина, которая создалась въ моемъ изложеніи—получилась доказательной, но разница между моими моими матеріалами и тѣми матеріалами которыми пользовалась Окр. Леч. и засѣданіе суда—крайне не существенна Окр. Лечебница въ своемъ замѣчаніи говоритъ, что признаковъ душевнаго заболѣванія б-ой не представляетъ, для сужденія же о его состояніи нужно принять во вниманіе наслѣдственность, указанія свидѣтелей на какія то припадки, начавшіяся 8 л. тому назадъ, характеръ которыхъ трудно опредѣлить. Значитъ Окр. Леч. принимаетъ всѣ данныя, которыми руководился и я, и признаетъ, что у подсудимаго во время убійства было явленіе алкогольнаго автоматизма, но въ то же время оговаривается: „если вѣрить указаніямъ испытуемаго".

Д-ръ Д. И. Губкинъ говоритъ, что указаній на наличность судорожныхъ припадковъ никакихъ нѣтъ. Со службы б-ой былъ уволенъ по какой то неизлѣчимой болѣзни, но не указано, чтобы у него были припадки.

Докладчикъ настаиваетъ на важности свидѣтельскихъ показаній, характеризующихъ болѣзнь, и въ различныхъ взглядахъ на эти показанія кроется разногласіе экспертовъ.

Д-ръ А. Д. Сколозубовъ настаиваетъ на томъ, что въ свидѣтельскихъ показаніяхъ яеныхъ указаній на эпилепсію нѣтъ и указываетъ, что мнѣніе Окр. Леч. о больномъ не расходится съ мнѣніемъ докладчика. Тамъ его поступокъ признавали совершеннымъ также въ патологическомъ состояніи алкогол. автоматизма.

Проф. В. П. Осиповъ. Экспертиза часто происходитъ въ затруднительной обстановкѣ, и можно указать не одинъ примѣръ, когда мнѣніе экспертовъ расходится. По отношенію къ данному случаю обращаютъ вниманіе слѣдующіе факты: всѣ согласны въ томъ, что подсудимый субъектъ патологическій. Для суда это и есть самое важное, для него важно что преступленіе совершено въ припадкѣ умоизступленія. Въ этомъ случаѣ всѣ наблюденія, а также его личныя указанія и показанія свидѣтелей могутъ проливать свѣтъ на природу заболѣванія. Больной пробылъ 3 мѣсяца въ Лечебницѣ, но ни одного припадка не далъ, поэтому въ заключеніи приходится опираться на свидѣтельскія показанія. Лечебница и придаетъ имъ значеніе. Здѣсь важно указаніе, что у б-го было часто патологическое опьяненіе, слѣд. и въ данномъ случаѣ оно могло имѣть мѣсто. Лечебница на это и указала.

В. С. Болдыревъ. Данныя слѣдственнаго дѣла не даютъ намъ основаній къ установленію у испытуемаго Д. эпилепсіи. Указанія имѣются въ свидѣтельствѣ и показаніи Судебному слѣдователю. Д-ръ Шоломовичъ припадковъ не видѣлъ, а выдалъ свидѣтельство, повѣря испытуемому на слово.

Другой свидѣтель, служившій въ одномъ полку съ Д-вымъ его одновременность, самъ по его показанію припадка не видѣлъ, а слышалъ лишь, что съ Д-вымъ былъ припадокъ и Д-ва отвели въ лазаретъ лечиться. Что былъ за припадокъ этотъ свидѣтель не объясняетъ.

Другой свидѣтель указывалъ, что Д-въ передъ преступленіемъ былъ на лугахъ пьянъ Д. даже снималъ бѣлье и бѣгалъ «нагой» все это указываетъ, что Д. могъ находиться во время совершенія преступленія въ состояніи патологическаго опьянѣнія насколько можно повѣрить его показанію, что онъ ничего во время совершенія преступленія не помнилъ.

Вообще при составленіи этого мнѣнія, было обращено на все вниманіе—наслѣдственность дегенерацію, алкоголизмъ, если онъ есть и пр. Мнѣніе прочитывается въ Совѣтѣ врачей, подвергается критикѣ если это находятъ нужнымъ и выпускаются лишь послѣ согласія всѣхъ врачей съ нимъ.

Пр. Л. О. Даркшевичъ. Указываетъ на то, что въ судѣ врачъ экспертъ долженъ держаться, какъ въ аудиторіи, имѣть фактическій матеріалъ, авторитетныя доказательства. Въ Окр. Леч. подсудимаго въ моментъ преступленія признали ненормальнымъ, но докладчикъ говоритъ объ эпилепт. автоматизмѣ, а Окр. Леч. объ алкогольномъ. Докладчикъ былъ въ болѣе счастливой обстановкѣ, когда б-ой продемонстрировалъ явленія эпилепсіи и далъ подходящій матеріалъ для даннаго заболѣванія.

Благодаритъ докладчика.

Предсѣдатель Л. О. Даркшевичъ.

Секретари { Ворошиловъ.
Баклушинскій.

Протоколъ годичнаго засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ 30 января 1913 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф. Осиповъ, Ѳаворскій, Первушинъ, Донсковъ, Баклушинскій, Лапухинъ, Эмдинъ, Архангельская, Фридландъ, Кочергинъ, Цыпкинъ, посторонняя публика.

1) Посѣтитель Общества М. О. Фридландъ: **Рѣдкій случай Дермоида лобной кости (съ демонстраціей больного и рентгенограммъ)** (изъ хирургической клиники проф. Н. А. Геркена).

Случай касается 14-тилѣтняго мальчика, который послѣ ушиба заполучилъ головныя боли и впервые замѣтилъ у себя на лбу опухоль. Офтальмоскопія дала картину застойнаго соска. Опухоль оказалась дермоидной кистой, помѣщавшейся почти 2 сантиметра выше праваго вѣка, нѣсколько ближе къ его наружному краю и проникавшей въ толщу котловинообразно-углубленной лобной кости. Во время операціи на задней стѣнкѣ кисты былъ обнаруженъ разрывъ, благодаря которому часть дермоидной капицы и кровь проникли черезъ имѣвшееся перфораціонное отверстіе въ кости прямо въ черепную полость, симулируя картину Zwerchsackadermoid'а. Съ другой стороны, кровь проникала и въ полость дермоида, обусловливая значительное напряженіе стѣнокъ кости. Опухоль вмѣстѣ съ узкой пластинкой прилежащей кисты была изсѣчена. Больной на 10 день выписался изъ клиники. Послѣ

операціи прошелъ годъ. Мальчикъ здоровъ до сихъ поръ, что же касается дефекта лобной кости, то онъ почти совершенно выполнился вновь образованной костной тканью, развивавшейся главнымъ образомъ насчетъ отскобленной во время операціи надкостницы.

Дермоиды фронтальной кости являются большою рѣдкостью. Въ литературѣ имѣется всего 6 такихъ случаевъ. Первый, описанный въ 1817 г., принадлежитъ Cruveilhier, затѣмъ слѣдуютъ случаи Anvert'a, Chassaignack'a, Esmarch'a, Aubert'a и, наконецъ, послѣдній случай, описанный въ 1891 году Lannelongue et Mnnard'омъ.

На основаніи клиническихъ и эмбріологическихъ данныхъ сдѣланы слѣдующія выводы.

Дермоидныя кисты лежащія на самой lamina vitrea черепной кости, могутъ оставаться совершенно незамѣтными для больного, при травмѣ эти кисты могутъ разорваться и если одновременно произошло достаточное нарушеніе цѣлости laminae vitreae , дермоидныя массы проникаютъ въ полость черепа, вызывая соотвѣтственные мозговые симптомы, напримѣръ упорныя головныя боли, которыя въ данномъ случаѣ и являются первыми симптомами болѣзни. Само собою разумѣется, что тѣ же разсужденія примѣнимы по отношенію и къ тѣмъ дермоидамъ, которые благодаря предсуществующему перфоративному отверстію въ lamina vitrea, являются уже съ самаго начала лежащими частію intracranio'нально.

Рѣдкость фронтальныхъ дермоидъ обусловлена значительною отдаленностью этихъ упухолей отъ типическихъ мѣстъ ихъ эмбріональнаго происхожденія (чезр. щелей), каковыя условія возможны лишь при исключительномъ по своей энергіи отложеніи костнаго вещества съ периферіи лобной кости.

Проф. Даркшевичъ. Со стороны нервной системы у даннаго больного наблюдались головныя боли и измѣненія со стороны глазного дна. Діагнозъ дермоида лобной кости на основаніи этихъ данныхъ не могъ быть поставленъ, мѣстныя же измѣненія заключались въ припухлости, и, какъ указываетъ докладчикъ, только при тонкой пальпаціи можно было опредѣлить ровный край костнаго дефекта. Наша діагностика могла быть такова: повышеніе внутричерпного давленія но не отъ дермоида, а отъ происшедшаго кровоизліянія.

Благодаритъ докладчика, простить и впредь дѣлиться съ Обществомъ своими наблюденіями.

2) Дѣйствительный членъ А. В. Ѳаворскій: **Параличъ нижнихъ конечностей съ повышеніемъ кожныхъ (т. наз. защитныхъ) рефлексовъ** (съ демонстраціей больныхъ).

ПРЕНІЯ.

Проф. Осиповъ. Интересна разница въ ширинѣ рефлексогенной зоны при щипаніи (очень живая реакція) и при раздраженіи электродомъ (съуженіе рефлексогенной зоны). Очевидно, эту разницу слѣдуетъ объяснить различнымъ качествомъ раздраженія. Слѣдовало бы испытать и другіе виды раздраженія, напр. термическое. Чѣмъ Вы объясняете разницу въ состояніи так. наз. защитныхъ рефлексовъ у больныхъ?

Первушинъ. Какова техника изслѣдованія въ Вашихъ случаяхъ. Брали ли Вы сразу максимальную силу тока, или усиливали токъ постепенно? У первой изъ демонстрированныхъ больныхъ за время пребыванія въ клиникѣ чувствительность улучшилась, полной анэстезіи нѣтъ; за послѣднее время послѣдовало опять ухудшеніе. При опредѣленіи нижней границы пораженія спинного мозга мы и раньше имѣли въ виду состоянія кожныхъ, сухожильныхъ рефлексовъ, мышечныя атрофіи Каково соотношеніе между тонусомъ мышцъ и состояніемъ демонстрируемыхъ рефлексовъ?

Ѳаворскій. Изслѣдуя рефлексы, я прибѣгалъ и къ раздраженію холодомъ и жаромъ—т. наз. защитные рефлексы не получались Щипками вызывалъ каждый разъ. Наличностью защитныхъ рефлексовъ опредѣляется нижняя граница сдавленія сп. мозга. Что касается того, почему одинъ разъ рефлексы на лицо, другой разъ ихъ нѣтъ, то это объясняется поврежденіемъ рефлекторной дуги этихъ рефлексовъ. Силу тока для раздраженія я бралъ, начиная съ 110 mm. до 50 а затѣмъ до 20.

Даркшевичъ. Крайне пріятно, что А. В. обратилъ вниманіе на эти рефлексы; они заслуживаютъ вниманія, а тутъ много невыясненнаго.

Названіе «защитные рефлексы» искусственно. Сокращеніе радужной оболочки, чихательный, кашлевой рефлексы—защитные, а это не защитные рефлексы, такое названіе мнѣ представляется натяжкой. Здѣсь, повидимому дѣло идетъ о бѣгѣ.

Ѳаворскій. Соглашаюсь, что названіе неудачное.

Даркшевичъ. Я видѣлъ больного съ такими явленіями: парэзы, спастическая походка, анэстезія до средины туловища, Babinsky не ясный, сухожильн. рефлексы повышены, тазовые органы разстроены; начало по типу Brown—Secard'овскаго паралича. Двустороннее сдавленіе спинного мозга. Такъ называемыхъ «защитныхъ рефлексовъ» нѣтъ.

Гдѣ нужно допустить замыканіе рефлекторной дуги? Я думаю, что нужно допустить 2 замыканія. Какова природа этихъ рефлексовъ? Равнозначны они кожнымъ или какимъ

нибудь другимъ рефлексамъ, или это совершенно особый видъ рефлексовъ?

Ѳ а в о р с к і й. Замыканіе рефлекторной дуги этихъ рефлексовъ, повидимому, двойное. За это говорятъ клиническія наблюденія.

Относительно природы рефлексовъ нужно думать, что это тѣ же кожные рефлексы, но благодаря распространенію рефлектогенной зоны, раздраженіе передается на такія мышцы, на которыя при нормальныхъ условіяхъ оно не переходитъ. Эти рефлексы кожные безусловно, но только ли кожные,— вопросъ.

Д а р к ш е в и ч ъ. Въ моихъ глазахъ, такъ, какъ Вы демонстрируете, это кожныя явленія. Ваши объясненія меня удовлетворяютъ. У дѣтей мы получаемъ распространенные рефлексы. Рефлексы кожные, но зона очень велика. Имѣетъ значеніе способъ раздраженія. Интересна неточная локализація больной болевыхъ ощущеній.

П е р в у ш и н ъ. Не есть ли это раздраженіе фасціи?

Д а р к ш е в и ч ъ. Не думаю, такъ какъ покрываніе простыней вызываетъ тоже самое.

Выражаетъ пожеланіе, чтобы изслѣдованіе въ этомъ направленіи продолжались.

Благодаритъ докладчика.

3) Секретаремъ В. К. Ворошиловымъ прочитанъ отчетъ о дѣятельности Общества за 1912 годъ.

4) Отчетъ по кассѣ Общества представилъ исполняющій обязанности казначея членъ Совѣта В. П. Первушинъ. Имъ же оглашена смѣта на 1913 годъ. Смѣта утверждена.

Выборы должностныхъ лицъ по Обществу на 1913 годъ на основаніи § 29 Устава Общества отложены до слѣдующаго засѣданія.

Въ административной части засѣданія постановлено:

1) Имѣть въ виду приведеніе въ порядокъ библіотеки Общества на будущій годъ.

2) Улучшить журналъ по крайней мѣрѣ на будущій 1914 годъ.

3) Напечатать списокъ членовъ Общества, провѣривъ предварительно права членовъ согласно § 38 Устава Общества.

Предсѣдатель Л. Д а р к ш е в и ч ъ.

Секретарь В. В о р о ш и л о в ъ.

Протоколъ II-го засѣданія Общества невропатологовъ и психіатровъ 6 марта 1913 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали: проф Осиповъ, проф. Чистовичъ, Первушинъ, Ѳаворскій, Донсковъ, Баклушинскій, Скуридинъ, Чирковскій, Протопоповъ, Архангельская, Симиленская, Скалозубовъ, Болдыревъ, Болбергъ, Кочергинъ, Клячкинъ, Эмдимъ.

1. Дѣйствительный членъ Общества А. В. Ѳаворскій: **Атипическій случай разсѣяннаго склероза (съ демонстраціей макро и микроскопическихъ препаратовъ).**

Ауторефератъ: случай остраго атипическаго sclerosis disseminatae (съ аутопсіею).

Больной К., 25 лѣтъ, крестьянинъ, поступилъ въ клинику нервныхъ болѣзней въ Казани 29/I—12 г. съ явленіями моторной афазіи, пареза правой руки, пареза обѣихъ ногъ. Зрачки были равномѣрно расширены, реакція на свѣтъ и конвергенцію отсутствовала. Парезъ m. recti interni sin; нистагма нѣтъ; m. masseter справа напрягается слабѣе, парезъ n. facialis dextri центральнаго характера; парезъ мягкаго неба слѣва; при высовываніи языкъ уклоняется рѣзко вправо. Дрожанія при напряженіи нѣтъ. Сухожильные рефлексы рукъ нормальны. Колѣнные рефлексы повышены, особенно слѣва. Babinski на обѣихъ ногахъ, слѣва рѣзче. Клонусъ обѣихъ стопъ. Ригидность мышцъ ногъ, особенно разгибателей. Тазовые органы въ порядкѣ. Болевая чувствительность на лѣвой сторонѣ тѣла понижена. При офтальмоскопическомъ изслѣдованіи (глазная клиника) найденъ neuritis oedematosa въ стадіи регрессивной. Visus=o. Болѣе подробнаго анамнеза собрать не удалось. 30/I. Retentio urinae; t^0=38C. Люмбальная пункція дала 16,0 лимфоц. въ 1 к. м. и реакція Nonne отрицат. 31/I Пункція лѣваго желудочка (проф. Вишневскій). Выпущено 22 к. с. свѣтлой жидкости.

13/II смерть при t^0 въ 40 °C, паденіи пульса и учащеніи дыханія. Клиническій діагнозъ tumor cerebri? При вскрытіи (д-ръ Донсковъ) найдены различной величины очаги размягченной ткани, гнѣздившіеся въ бѣломъ веществѣ головного и спинного мозга, похожіе на распадающіяся гліомы. При микроскопическомъ изслѣдованіи, очень подробномъ (методы Nissl'я, Nissl+кислый фуксинъ, Unna, Unna+кислый фуксинъ, Magentaroth, Pappenhein, Weigert v. Gieson, Weigert — эластическій, Mallory, Mann, Marchi, Weigert—Pahl, Jacob, Weigert—Pahl+Mann, Weigert—Pahl+Mann+Eosin, Weigert—Pahl+Mallory, Gaccio, Scharbach R, Nilblausulfat, Biolschowsky) найденъ типичный Sclerosis disseminata: пораженія гнѣздами, разбросанность ихъ, осевые ци-

линдры въ этихъ гнѣздахъ почти всѣ сохранены; не смотря на большія гнѣзда въ области боковыхъ столбовъ, нисходящаго перерожденія системъ не наблюдалось; въ сосудахъ несомнѣнные признаки воспаленія. Указавъ на имѣющіеся въ литературѣ случаи, гдѣ діагнозъ атипичнаго scelerosis disseminatae не былъ установленъ при жизни, докладчикъ описываетъ тонкія гистологическія измѣненія, наблюдавшіяся въ очагахъ. Міэлиновая оболочка распадается на отдѣльныя глыбы и поглощается міэлофагами. Осевые цилиндры иногда разбухаютъ, но всѣ красятся въ синій цвѣтъ (по Mallory); фибрилли ихъ отчетливо видны и иногда сильно уменьшены въ количествѣ. Міэлокласты попадаются изрѣдка. Körnchenzellen попадаются только на периферіи гнѣзда и въ небольшомъ количествѣ. Міэлофаги содержатъ глыбки міэлина и нейтральные жиры. Körnchenzellen—только нейтральные жиры. Сосуды въ очагахъ измѣненной ткани расширены сильно, а стѣнки ихъ инфильтрированы лимфоцитами и плазматическими клѣтками. Клѣтки adventitiae сосудовъ превратились въ Körnchenzellen и содержатъ много нейтральнаго жира Периваскулярныя пространства не расширены, но въ близи сосудовъ видно много паукообразныхъ невроглійныхъ клѣтокъ съ сильно утолщенными отростками. Нервныя клѣтки даже въ очагахъ измѣненной ткани измѣнены очень мало (острыя измѣненія), а чаще совсѣмъ не измѣнены. Pia matar spinalis утолщена. Въ заключеніе докладчикъ приходитъ къ выводу, что его случай носитъ всѣ признаки такъ наз. остраго паренхиматознаго воспаленія, гдѣ вредность (повидимому, инфекція), циркулирующая въ сосудахъ измѣняетъ не столько стѣнки сосудовъ (незначительная инфильтрація), сколько міэлиновую оболочку, а за нею и гліозныя клѣтки. Безъ сомнѣнія здѣсь воспаленіе носитъ особенный характеръ, отличающій его отъ обычнаго воспаленія спинного мозга, хотя бы въ случаяхъ myelitis disseminatae. Отсутствіе тріады, характерной для sclerosis dissaminata докладчикъ объясняетъ нормальнымъ состояніемъ мозжечка и его путей.

ПРЕНІЯ:

Проф. Чистовичъ Я Долженъ отмѣтить трудность патолого анатомическаго діагноза въ данномъ случаѣ. Когда вскрыли мозгъ и позвали меня посмотрѣть, я увидалъ гнѣздо сѣроватаго цвѣта, жидкой консистенціи. Я высказалъ тогда предположеніе, что это или размягченіе мозговой ткани или размягченная опухоль. При изслѣдованіи подъ микроскопомъ картина гибели мозговой ткани; разростанія невроглія тогда не было обнаружено; поэтому, заявленіе о sclerosis disseminata вызвало про-

тесть съ нашей стороны. Удивительная мягкость ткани—необычное явленіе: консистенція не должна быть жидкой. Это обстоятельство зависѣло отъ того, что случай попалъ въ самыхъ раннихъ періодахъ. Міэлофаги принимались нами за Körnchenzellen: сѣтчатость намъ казалась при употребленныхъ нами методахъ равномѣрной. Въ заключеніе долженъ сказать, что препараты дѣйствительно демонстративны, и подчеркиваютъ очень малое участіе воспалительнаго процесса; это процессъ первично дегенеративный

Докладчикъ. Вы отказывались по одному макроскопическому виду что-либо утверждать категорически. Вы совершенно правильно указали, въ центрѣ очага наблюдаются главн образомъ міэлофаги, на периферіи Körnchenzellen. Воспалительный процессъ отходитъ на задній планъ, вредность больше дѣйствуетъ на паренхиматозные элементы.

Клячкинъ. По поводу трудности клиническаго діагноза вспоминаетъ одинъ случай у Leyden'a: рѣчь шла о тяжеломъ фтизикѣ, со стороны головного мозга были явленія, заставлявшія предполагать, нѣтъ ли разсѣяннаго склероза. Leyden на основаніи клиническихъ данныхъ склоненъ былъ отрицать такой діагнозъ. На вскрытіи оказался разсѣянный склерозъ.

Проф. Даркшевичъ. Форменные элементы, которые захватываютъ продукты распада, прослѣжены до кровеносныхъ сосудовъ; какова дальнѣйшая судьба этихъ продуктовъ: попадаютъ ли они въ кровь, и, если да, то въ какомъ видѣ.

Докладчикъ. Около міэлиновыхъ волоконъ міэлофаги, въ стѣнкахъ сосудовъ Körnchenzellen; разсуждая теоретически, продукты распада постепенно доходятъ до клѣтокъ adventitiae; отсюда въ видѣ жирныхъ кислотъ попадаютъ въ кровь, часть продуктовъ въ коллоидномъ состояніи.

Даркшевичъ. Желательно думать, что продукты попадаютъ въ вены или лимфатическія пространства.

Докладчикъ. Опредѣленно сказать не могу: продукты прослѣжены только до стѣнокъ сосудовъ

Даркшевичъ. Этотъ случай по теченію можно считать острымъ; процессъ можетъ быть названъ воспалительнымъ: менингитъ имѣется, повышеніе температуры, лимфоцитозъ. Разсѣянный склерозъ токсико-инфекціоннаго характера. То, что не было тріады, объясняется тѣмъ, что мозжечекъ не былъ задѣтъ. Общее заключеніе: острый случай разсѣяннаго склероза; діагностика клиническая и макроскопич. патолого-анатомическая очень трудна

Прочтены протоколы засѣданій 12 декабря 1912 г и 30 января 1913 г. Протоколы утверждены По поводу отвѣта А. С.

Шоломовича В. С. Болдыреву (протоколъ 12 дек 1912 г.), что къ нему испытуемый приводилъ лѣчить свою дочь, д-ромъ Скалозубовымъ и д-ромъ Болдыревымъ заявлено, что докладчикомъ А. С. Шоломовичемъ было указано, что дочери испытуемаго было 12 лѣтъ. Проф. Даркшевичъ съ своей стороны указалъ, что у него осталось впечатлѣніе, что приводился ребенокъ; такое же впечатлѣніе вынесъ д-ръ Ворошиловъ. Проф. Осиповъ не помнитъ указанія на возрастъ.

На предложеніе Правленія Университета въ виду затруднительнаго положенія Университетской типографіи принять на свой счетъ печатаніе своихъ изданій или, въ крайнемъ случаѣ, часть ихъ Общество постановило:

Изъ 50 печ. листовъ годового размѣра журнала Общество печатаетъ 32 листа за свой счетъ и только 18 за счетъ Университета. При настоящемъ своемъ финансовомъ положеніи Общество не въ состояніи отказаться отъ даровото печатанія этихъ 18 листовъ. Въ дѣйствительные члены Общества предложены: Протопоповъ, Авербухъ и Хрусталевъ. Постановлено: баллотировать въ ближайшемъ засѣданіи Общества.

Дѣйствительные члены Общества Гликманъ, Сегель, Самойловъ на основаніи § 38 Устава Общества исключены изъ членовъ Общества. Состоялось постановленіе относительно неаккуратныхъ плательщиковъ членовъ Общества, подлежащихъ въ случаѣ непоступленія отъ нихъ членскаго взноса и части числящейся за ними недоимки согласно § 38 исключенію изъ членовъ Общества: Послать извѣщеніе о состоявшемся постановленіи Общества. Согласно § 29 Устава Общества произведены выборы должностныхъ лицъ по Обществу; избранными оказались

Предсѣдателемъ проф Даркшевичъ. Товарищемъ предсѣдателя проф. Осиповъ и проф. Мисловскій. Секретаремъ общества Ворошиловъ, секретаремъ редакціи журнала Донсковъ, казначеемъ Баклушинскій, членами Совѣта проф. Арнштейнъ, проф. Тимоосевъ, Первушинъ, Левчаткинъ, членами ревизіонной комиссіи проф. Полумордвиновъ, Ѳаворскій и Болдыревъ. Присутствовало 13 членовъ.

Выборы библіотекаря и 2-го секретаря Общества отложены до одного изъ слѣдующихъ засѣданій.

Предсѣдатель Л. Даркшевичъ.
Секретарь В. Ворошиловъ.

Протоколъ III-го засѣданія Общества 10 апрѣля 1913 года.

Предсѣдательствовалъ проф. Даркшевичъ при секретарѣ Ворошиловѣ. Присутствовали проф. Осиповъ, проф. Чистовичъ, Ѳаворскій, Мирославскій, Первушинъ, Эмдинъ, Клячкинъ, Симилейская, Архангельская, Лопухинъ, Кочергинъ, Быковъ.

1. Посѣтитель общества А. В. Симилейская: **Процессы разрушенія въ спинномъ мозгу при механическомъ сдавленіи его (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).**

Измѣненія въ спинномъ мозгу при его сдавленіи идутъ постепенно. Черезъ 2 дня отмѣчается набуханіе осевыхъ цилиндровъ, изрѣдка встрѣчаются міэлокласты, жира еще нѣтъ. Черезъ 10 дней распадъ увеличивается. Гліозныхъ клѣтокъ больше. Появляются міэлофаги. Въ бѣломъ веществѣ мозга наблюдается жиръ въ клѣткахъ сосудовъ и въ различныхъ образованіяхъ гліозной ткани.

Черезъ 40 дней увеличивается количество мелкаго распада. Міэлокласты и міэлофаги. Крупныя гліозныя клѣтки образуютъ кольца вокругъ распада. Körnchenzellen въ незначительномъ количествѣ. Отложеніе жира значительное въ видѣ различной величины капель въ мелкихъ гліозныхъ клѣткахъ, въ бѣломъ веществѣ и въ сѣромъ веществѣ спинного мозга. Много жира около сосудовъ и въ клѣткахъ adventitiae и intimae.

Methylblaugranula, въ незначительномъ количествѣ. Фуксинофильныя granula и базофильныя метахроматическія granula въ гліозныхъ клѣткахъ и возлѣ сосудовъ. Распадъ нейрофибрилль въ центральныхъ частяхъ клѣтки.

Черезъ 5 мѣс. распада мало. Міэлокласты и міэлофаги рѣже, послѣдніе въ стадіи дегенераціи. Появляются крупныя гліозныя клѣтки съ большимъ количествомъ протоплазматическихъ отростковъ, которые выполняютъ дефектъ на мѣстѣ исчезнувшихъ нервныхъ волоконъ. Жира значительно меньше. Methylblaugranula и фуксинофильныя granula отсутствуютъ; базофильныя метахроматическія granula наблюдаются еще въ этомъ періодѣ. Они повидимому имѣютъ отношеніе къ формированію жира. Нельзя сказать съ опредѣленностью, что является первичнымъ въ измѣненіяхъ, наступающихъ въ спинномъ мозгу при его сдавленіи: измѣненія ли со стороны нервныхъ волоконъ или гліозной ткани. Сдавленіе спинного мозга ламинаріей обусловливаетъ недостатокъ питанія ткани: сдавливая артеріи, замедляетъ циркуляцію, получается распадъ нервныхъ волоконъ, распадъ ассимилируется, превращается въ жиръ и удаляется при помощи различныхъ образованій гліозной ткани.

ПРЕНІЯ:

Ѳаворскій. Въ предварительномъ сообщеніи, сдѣланномъ докладчицей 2 года тому назадъ, было уже указано, что при механическомъ сдавленіи спинного мозга воспалительнаго процесса не бываетъ. Небезынтереснымъ является тотъ фактъ, что процессъ при этомъ разыгрывается вяло 2 стадія распада: стадій малыхъ гліозныхъ клѣтокъ міэлокластовъ, стадій большихъ—міэлофаговъ. Kornchenzellen нѣтъ; процессъ до такой степени не доходитъ. Въ клиникѣ при сдавленіи спинного мозга опухолью дѣло идетъ также вяло и, судя по возстановленію функціи послѣ оперативнаго удаленія опухоли, ограничивается двумя стадіями. При туберкулезѣ имѣетъ мѣсто и воспаленіе При опытахъ съ сдавленіемъ спинного мозга на собакахъ функціи заднихъ конечностей возстановлялась почти полностью.

Проф Даркшевичъ. Какъ распредѣлялись измѣненія въ спинномъ мозгу по плоскости: не было ли избирательности въ частяхъ, котор. поражаются. Былъ ли слѣдъ отъ давленіи на спинномъ мозгу.

Докл. Въ раннихъ періодахъ измѣненія локализировались въ боковыхъ столбахъ той и др. стороны, въ болѣе позднихъ,— и въ другихъ частяхъ спинного мозга, но въ значительно меньшей степени. Ламинарія вводилась сбоку спинного мозга. Давленіе въ спинномъ мозгу всегда было ясно видно.

Проф. Даркшевичъ. При Вашихъ опытахъ Вы не вызывали такой травмы, которая разрушала бы спинной мозгъ. Кровоизліяній Вы не констатировали?

Докл. Нѣтъ. Брались для изслѣдованія только чистые опыты,

Проф. Даркшевичъ. Я присоединяюсь къ Вашему взгляду: при механическомъ сдавленіи спинного мозга дѣло идетъ о разстройствѣ кровообращенія и послѣдовательномъ дегенеративномъ процессѣ

Механизмъ и характеръ этихъ измѣненій для меня совершенно ясенъ. Считаю своимъ долгомъ благодаритъ Васъ какъ предсѣдатель Общества и какъ клиницистъ. Вы выяснили, что нужно относить на счетъ сдавленія, что—на счетъ другихъ моментовъ.

Посѣтитель Общества П. І. Эмдинъ: **Гистологическія измѣненія въ мышцѣ при перерѣзкѣ нерва. Предварительное сообщеніе (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ).**

Изслѣдованій въ этой области очень много, но благодаря сложности объекта, мышцы, они не привели къ окончательнымъ результатамъ. Усовершенствованія гистологической техники и новыя данныя относительно мышцы выдвинули снова этотъ вопросъ.

Біологической единицей поперечно-полосатой мускулатуры является волокно. Волокно окружено сарколеммой,-безструктурной оболочкой, разобщающей волокно отъ окружающей ткани. Лишь нервныя двигательныя волокна прободаютъ сарколемму, да между стѣнкой капилляра и сарколеммой, въ которую капилляръ какъ бы вдѣланъ существуютъ особыя взаимоотношенія въ смыслѣ осмоза. Внутри сарколеммы мы имѣемъ: ядра, саркоплазму съ зернами и вставленныя какъ бы въ саркоплазму колонки сократительнаго вещества, тянущіяся отъ края волокна къ краю. 1) Колонки сократительнаго вещества:— специфическая работающая часть, колонка распадается — пучекъ тонкихъ фибриллей. Поперечная исчерченность не свойство этихъ фибриллей. Другъ за дружкой слѣдуютъ полоски: Z-J-Q-J и затѣмъ опять Z и т. д. эти полоски на фибрилляхъ и обусловливаютъ поперечную исчерченность. Но изъ нихъ полоски Z-темныя,-тянутся поперекъ всего волокна прикрѣпляются къ сарколеммѣ и служатъ какъ бы скрѣпами для фибриллей, удерживающими фибрилли въ постоянномъ взаимоотношеніи. Полоска Z красится отдѣльно отъ прочихъ и играетъ важную роль въ питаніи волокна. Полоска J-обычно свѣтлая, шире Z—компактнѣе у Z Q-темная, самая широкая полоска по нѣкоторымъ авторамъ прорѣзается по срединѣ-стоящей на границѣ микроскопическаго visusa — полоской м (темной). Q-компактнѣе въ наружныхъ своихъ отдѣлахъ. Затѣмъ слѣдуетъ снова J и этимъ заканчивается рядъ, дальше опять Z. Рядъ этотъ по Heidenhain'y — Comma. Но фибриллю разбить химическимъ или механическимъ путемъ на эти сорта нельзя, фибрилля не составлена изъ нихъ, а какъ эмбріологія и регенерація учатъ компактная фибрилля такъ своеобразно дифференцирована.

2) Саркоплазма выполняетъ весь мѣшокъ сарколеммы, въ плазму и вставлены пучки фибриллей (колонки). Отмѣчаютъ тонкую сѣть въ саркоплазмѣ и рядъ зеренъ. Среди послѣднихъ особое вниманіе заслуживаютъ зерна-Benita-митохондріальныя и зернышки гликогена, есть еще и рядъ другихъ грануль въ саркоплазмѣ, особенно обильныхъ у ядеръ. Лейтохондріи и гликогенъ мы встрѣчали постоянно расположенными между колоннами, но не между отдѣльными фибриллями. Если лейтохондріи и нѣкоторыя другія гранули предсуществовали въ волокнѣ, какъ таковыя, то зерна гликогена видимо выпали подъ вліяніемъ фиксажа (алкоголь—100%). 3) Мышечныя ядра расположены непосредственно подъ сарколеммой. Два господствующихъ типа: продолговатоовальныя и кругловатыя. Оболочка ядра и крупныя балки—базофильны, нѣжная сѣть въ ядрѣ и 2 крупныя гранули—ацидофильны. Вокругъ ядеръ скопленіе плазмы и зеренъ ея. Ядра

своимъ длинникомъ расположены по длиннику волокна. Волокно видимо кончается у сухожилія, послѣднее является образованіемъ самостоятельнымъ, спаяннымъ лишь съ волокномъ. Вѣроятнѣе—сухожиліе есть преформированное продолженіе соед. ткани, окружающей каждое волокно въ отдѣльности. Соедин. ткань преимущественно коллагеннаго порядка, бѣдна ядрами, исходитъ отъ сосудовъ. Сосуды распадаются на мелчайшую сѣть-капилляровъ, окружающихъ каждое волокно винтообразно. Кромѣ упомянутыхъ двигательныхъ нервовъ, есть рядъ чувствительныхъ, располагающихъ свои окончанія поверхъ сарколеммы и по сухожилію, спеціальный аппаратъ воспріятія—«нервно мышечный пучекъ» располагается въ с. ткани. Мышца находится въ постоянномъ тонусѣ; перерѣзка нерва лишаетъ ее произвольнаго сокращенія—тонуса, и оставляетъ сосуды безъ контроля центра.

Остановившись на литературѣ вопроса докладчикъ излагаетъ результаты своихъ изслѣдованій—перерѣзка n. ischiadici гистологическое изученіе мышцъ голени по цѣлому ряду методовъ у 23 свинокъ. Во всѣхъ мышцахъ голени атрофія была рѣзко выражена. Сроки брались до 312 дней

Сарколемма не измѣняется совершенно.

Саркоплазма въ первое время вслѣдствіе отека становится больше, granula крупнѣе; зерна лейтохондрія гликогена и проч. сохраняются до послѣднихъ сроковъ; когда убываютъ явленія отека саркоплазма убываетъ; отмѣчаются люки въ самомъ волокнѣ.

Сократительное вещество сохраняетъ поперечную исчерченность; есть гомогенныя мѣста, но полоску Z видно. Въ концѣ, когда наступаетъ облитерація сосудовъ, исчерченность не удается видѣть.

Ядра размножаются съ первыхъ дней амитотически располагаются цѣпочками и кучками. Распадъ мышечнаго вещества не сопутствуетъ расположенію ядеръ кучками. Въ ядрахъ рядъ измѣненій; каріохромная субстанція разбухаетъ, дѣлается свѣтлѣе; къ послѣднимъ срокамъ появляются вакуоли; каріохромная субстанція группируется кучками; въ оболочкѣ ядра имѣются разрывы; попадается каріохромная субстанція внѣ ядеръ. Сократительное вещество постепенно таетъ, дегенераціи и распада не видно. Мѣстами гомогенные участки, но зернистости въ нихъ никакой нѣтъ. Гомогенные мѣста въ начальныхъ періодахъ могутъ считаться за артефактъ. Въ послѣднихъ стадіяхъ, правда, гомогенные мѣста несомнѣнно имѣются. Гипертрофированныхъ волоконъ я не видѣлъ; можно говорить

о разбухшихъ мѣстахъ; вакуоли я видѣлъ всего раза 2-3. Зернистаго распада нѣтъ, фагоцитоза нѣтъ. Къ концу — мышечное волокно неравномѣрно, полоски Z выражены. Мышечнаго вещества почти нѣтъ, поперечная исчерченность замѣтна. Жиръ въ самихъ волокнахъ нѣтъ. Рѣзкія явленія со стороны соединительной ткани: растетъ съ первыхъ же моментовъ, исходя отъ сосудовъ окружаетъ каждое волокно въ отдѣльности мощной оболочкой. Вмѣстѣ съ соединительной тканью растетъ и липоматозъ, достигаетъ acme, потомъ убываетъ; остается одна соединительная ткань, довольно богатая ядрами, но она становится постепенно фиброзной.

Сосудистыя стѣнки терпятъ большія измѣненія, отмѣчается разростаніе mediae, intimae, и сильное разрастаніе adventitiae ведущее въ концѣ концовъ къ облитераціи мелкихъ сосудовъ. Крупные сосуды растянуты, неправильны и также постепенно склерозируются начиная съ adventitia. Наступаетъ моментъ, когда въ силу облитераціи сосудовъ оставшіяся мышечныя волокна очень сильно терпятъ въ питаніи. Наступаетъ гомогенизація мышечнаго волокна. Сосудистыя явленія не всегда одинаковы въ силу осложняющихъ моментовъ (пролежень). Въ концѣ концовъ status fibrosus мышцы.

ПРЕНІЯ:

Ѳаворскій. Докладчикъ занялся изученіемъ патолого-анатомическихъ измѣненій мышечной ткани, имѣющей самое тѣсное отношеніе къ периферическому двигательному нейрону, въ той ихъ части, которая касается механическаго разобщенія мышцы отъ нервныхъ вліяній. Другая часть, вліяніе инфекціи и интоксикаціи составляетъ тему другой работы. По окончаніи этой работы можно сдѣлать интересныя обобщенія Рѣшенія вопроса, экспериментально изученнаго докладчикомъ, на больныхъ въ силу присоединяющихся моментовъ, инфекціи и интоксикаціи, не возможно.

Данныя, которыя добылъ П. І. Эмдинъ, на первый взглядъ не идутъ въ параллель съ тѣми представленіями, которыя были у насъ до сихъ поръ. Но, на самомъ дѣлѣ этого нѣтъ. Въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ мы имѣемъ дегенеративную мышечную атрофію, дѣло, быть можетъ, идетъ о смѣшанной причинѣ: съ одной стороны механическое разобщеніе съ нервомъ, съ другой стороны интоксикаціонныя и инфекціонныя вліянія.

Быковъ. Не наблюдали-ли Вы измѣненій въ нервныхъ окончаніяхъ.

Докл. Изученіе измѣненій въ нервѣ и въ его окончаніяхъ не входило въ мою задачу тѣмъ болѣе, что и то и другое исчерпывающе разработано нѣсколько лѣтъ тому назадъ Дойниковымъ (работы Alzheimlra) и Telln (работы Golgi). Но попутно я кое-какія наблюденія сдѣлалъ: я препараты свои фиксировалъ и красилъ между прочимъ и по Ciacchio и наблюдалъ, что по этому методу до 6-ти недѣль (конецъ дегенераціи по Дойникову) въ нервѣ окрашивается такъ называемый лецитинъ. Отмѣчаю еще, что въ обильно отлагающемся въ с. ткани мышцы жирѣ вплоть до этого наблюдается по периферіи нировыхъ капель незначительное количество „лецитина" — возможно, что онъ попалъ сюда изъ дегенерирующагося нерва, такъ какъ въ мышцѣ его нигдѣ не было, а въ дальнѣйшихъ срокахъ, несмотря на наростаніе липоматоза, «лецитинъ» совершенно пропалъ.

Проф. Даркшевичъ. Всѣ согласны, что наука элементъ прогрессивный, изслѣдователи консервативны. Особенно, когда нужно обобщать въ извѣстную систему, консерватизмъ почти обязателенъ. Въ вопросѣ о дегенераціи мышцъ я являюсь консерваторомъ. Я долженъ признать, что ученіе, будто дегенеративная мышечная атрофія является результатомъ разобщенія мышцы отъ нерва—не вѣрно. Количество волоконъ потерявшихъ поперечную исчерченность, гомогенныхъ,—очень мало. Чистота опытовъ убѣждаетъ меня въ томъ, что мускулатура не претерпѣваетъ дегенераціи. Чтобы окончательно разобраться въ вопросѣ, нужно итти дальше въ изслѣдованіяхъ, на что указалъ А. В. Фаворскій. Интересно, дѣлались ли изслѣдованія электровозбудимости.

Докладчикъ. Одинъ только разъ. Получилась реакція перерожденія.

Проф. Даркшевичъ. Я констатирую, что долженъ присоединиться къ Вашимъ выводамъ. Въ этотъ вопросъ долженъ быть внесенъ прогрессъ. Благодаритъ докладчика за добросовѣстное изученіе вопроса. Препараты необыкновенно убѣдительны.

Докладчикъ. Съ своей стороны я весьма признателенъ за разрѣшеніе работать, и за весьма цѣнныя замѣчанія и указанія.

Секретаремъ Ворошиловымъ прочтенъ протоколъ засѣданія 6 марта 1913 года.

По поводу заявленія, сдѣланнаго въ предыдущемъ засѣданіи д-рами Болдыревымъ и Сколозубовымъ при чтеніи протокола декабрьскаго засѣданія, д-ръ Шоломовичъ заявилъ, что точно возраста дочери испытуемаго онъ не указывалъ, помнитъ, что она не была дѣвочкой; во всякомъ случаѣ была не моложе 16—17 лѣтъ.

Произведена баллотировка въ дѣйствительные члены д-ровъ Протопопова, Авербухъ и Хрусталева: избраны единогласно.

Библіотекаремъ Общества избрана Авербухъ.

Секретаремъ избранъ Хрусталевъ. Избраны единогласно.

Состоялись постановленія: относительно подписки на памятникъ въ Юрьевѣ Н. И. Пирогову—вернуть подписной листъ.

Вступить въ обмѣнъ съ ежегодникомъ русской медицинской печати.

Къ Всероссійской гигіенической выставкѣ въ Петербургѣ послать 1-ый выпускъ журнала за текущій годъ.

Напечатать въ журналѣ о преміи имени Казимира (на предложеніе института экспериментальной медицины).

Предсѣдатель Общества Л. Даркшевичъ.

Секретарь В. Ворошиловъ.

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію Неврологическаго Вѣстника.

1) И. К. Гольбергъ. О физіологическомъ нормированіи наперстянки и другихъ сердечныхъ средствъ. Дисс. 1912 г. СПБ.

2) Б. Н. Меншуткинъ. О вліяніи замѣстителей на нѣкоторыя реакціи бензола и его замѣщенныхъ производныхъ СПБ. 1912.

3) Б. А. Келлекъ. Ботанико-географическія изслѣдованія въ Зарайскомъ уѣздѣ. Ч. I и ч. II СПБ. 1912 г.

4) Э. К. Янсонъ. О дѣйствіи антидифтерійной сыворотки на инфекціонныя заболѣванія глаза. Дисс. Юрьевъ 1913 г.

5) І. Т. Ганъ. Сравнительныя изслѣдованія нѣкоторыхъ модификацій Wassermann'овской реакціи. Юрьевъ 1913 г.

6) И. И. Коломинскій. Къ вопросу о патолого-анатомическихъ измѣненіяхъ въ сосудахъ и нѣкоторыхъ паренхиматозныхъ органахъ экспериментальныхъ животныхъ подъ вліяніемъ впрыскиванія сальварзана. Ревель 1913 г.

Стр.

Хроника и смѣсь 362

Лѣтопись Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ 378

А. В. Бирилевъ. Опредѣленіе разстоянія на слухъ. *А. С. Шоломовичъ*: Наблюденіе изъ судебно-психіатрической практики. *М. О. Фридрихсонъ*: Рѣдкій случай дермоида лобной кости (съ демонстраціей больного и рентгенограммъ). *А. В. Симилейская*: Процессы разрушенія въ спинномъ мозгу при механическомъ сдавленіи его (съ демонстраціей микроскопическихъ препаратовъ). *П. І. Эдингеръ*: Гистологическія измѣненія въ мышцѣ при перерѣзкѣ нерва. *А. В. Ѳаворскій*: Атипическій случай разсѣяннаго склероза (съ демонстраціей макро и микроскопическихъ препаратовъ).

Списокъ книгъ и брошюръ, поступившихъ въ редакцію журнала Неврологическій Вѣстникъ.

Печатано по опредѣленію Общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Редакторы Н. А. Мирославскій и В. П. Осиповъ.

„НЕВРОЛОГИЧЕСКІЙ ВѢСТНИКЪ“

ОРГАНЪ

общества невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ.

Подъ редакціей проф. В. М. Бехтерева, проф. Н. М. Попова, проф. Н. А. Мислав скаго и проф. В. П. Осипова.

Журналъ издается Обществомъ и выходитъ періодически четырьмя книжками въ общемъ объемѣ до 60 печатныхъ листовъ въ годъ, съ рисунками въ табл. и въ текстѣ. *Подписная цѣна на годъ 6 руб. Отдѣльныя книжки по 2 руб.* Журналъ посвящается невропатологіи и психіатріи съ судебно-психіатрической казуистикой, патологической анатоміи душевныхъ и нервныхъ разстройствъ, анатоміи, гистологіи и эмбріологіи нервной системы, нервной физіологіи и психологіи.

ПРОГРАММА: оригинальныя статьи и лекціи по всѣмъ вышеуказаннымъ отдѣламъ знаній, литературные обзоры, рефераты и рецензіи, относящіеся къ тѣмъ же отдѣламъ знаній, хроника и смѣсь, лѣтопись О-ва невропатологовъ и психіатровъ при Императорскомъ Казанскомъ Университетѣ, объявленія.

Подписка на журналъ принимается *въ редакціи* (Казань, Университетъ психо-физіологическая лабораторія) и во всѣхъ извѣстныхъ книжныхъ магазинахъ Имперіи. Со всѣми разсчетами по подпискѣ и продажѣ отдѣльныхъ выпусковъ «Неврологическаго Вѣстника», а равно и по пріему помѣщаемыхъ въ немъ объявленій слѣдуетъ обращаться въ *редакцію* (Казань).

Статьи, посылаемыя для напечатанія въ «Неврологическомъ Вѣстникѣ», просятъ адресовать на имя редакторовъ: проф. Н. А. Мислав скаго (Казань), проф. В. М. Бехтерева (С.-Петербургъ, Выборгская стор., клиника душевныхъ болѣзней), проф. Н. М. Попова (Одесса) и проф. В. П. Осипова (Казань). Размѣръ статей не долженъ превышать 5 печатныхъ листовъ, печатаніе свыше производится въ счетъ автора. Авторы, предназначающіе свою статью къ предварительному слушанію въ О-вѣ невропатологовъ и психіатровъ, благоволятъ адресовать ее непосредственно въ общество на имя предсѣдателя Общества. Всѣ статьи, доставляемыя въ редакцію, въ случаѣ надобности, подлежатъ сокращенію и редакціоннымъ поправкамъ. Время напечатанія статей и распредѣленіе ихъ по книжкамъ производится сообразно наличному матеріалу и по очереди. Оригинальныя статьи, присылаемыя въ редакцію для напечатанія въ «Вѣстникѣ» безъ указанія особыхъ условій, поступаютъ въ полное распоряженіе редакціи, авторы же по напечатаніи ихъ статьи получаютъ 50 экз. отд. оттисковъ безплатно.

Авторы и издатели, желающіе прислать свои изданія въ редакцію или въ библіотеку О-ва, благоволятъ адресовать таковыя на имя *редакціи* (Казань, Университетъ). *О каждой книжкѣ или брошюрѣ, поступившей въ редакцію или въ библіотеку общества, будетъ объявлено въ ближайшемъ выпускѣ журнала.*

Стоимость журнала за 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911 г. по 6 руб.; отдѣльныя книжки по 2 рубля.

Секретарь редакціи Н. А. Донсковъ.